

مدخل إلى التربية الخاصة

الأستاذ الدكتور
السيد عبد القادر شريف

أستاذ أصول تربية الطفل
ورئيس قسم العلوم التربوية
كلية رياض الأطفال - جامعة القاهرة



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَقُلْ اصْعَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ
إِلَى عِلْمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ ﴾

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مدخل إلى التربية الخاصة

مدخل إلى التربية الخاصة

الأستاذ الدكتور

السيد عبد القادر شريف

أستاذ أصول تربية الطفل - ورئيس قسم العلوم التربوية

كلية رياض الأطفال / جامعة القاهرة

الطبعة الأولى

2014م - 1435هـ



دار الجوهرة للنشر والنمذجة



دار الجوهرة للنشر والتوزيع

مدخل: أتي الترتيب الخاصة

اتسبب عبد القادر شريف

الخواصات:

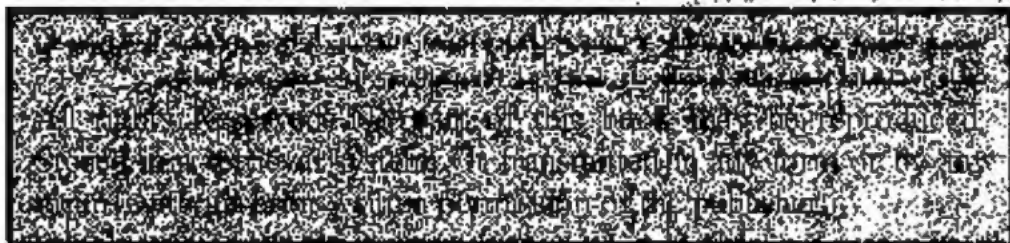
2014

جمهورية مصر العربية - القاهرة

تصاريات المهور مشاريع صلاح سالم بمدينة نصر - القاهرة

هاتف: +2022630431 فاكس: +2022630432

جميع حقوق الطبع محفوظة
ALL RIGHTS RESERVED



الإهداء

إلى كل من جعل من نفسه شمعة تذوب لتضيء درب الآخرين
إلى قلذات كبادنا عسى أن نكون لهم قدوة يقتدون بها في المستقبل
إلى النصف الثاني لا يل الجسد كله...

المؤلف



الفهرس

11 تقديم

الفصل الأول

المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

لمحة تاريخية عن تطور الاهتمام بذوى الاحتياجات

15 الخاصة في الوطن العربي

27 المقصود بالإعاقة

29 مستويات الوقاية من الإعاقة

31 نسبة شيوع الإعاقة

32 مفهوم التربية الخاصة

33 أسس ومبادئ التربية الخاصة

36 مراحل خدمات التربية الخاصة

الفصل الثاني

المعاقون عقلياً

45 نظرة استهلاكية لدى الاهتمام بالمعاقين عقلياً قديماً وحديثاً

51 تعريف الإعاقة العقلية

56 تصنيف المعاقين عقلياً

63 أسباب الإعاقة العقلية

70 تشخيص الإعاقة العقلية

75 خصائص الإعاقة العقلية

86 الأساليب العلاجية للمعاقين عقلياً

90 منهج المعاقين عقلياً

92 تعليم الأطفال المعاقين عقلياً



الفصل الثالث

الإعاقة السمعية

99	مقدمة
100	مفهوم الإعاقة السمعية
100	الإعاقة السمعية من منظور الوظيفي
101	الإعاقة السمعية من المنظور الفسيولوجي
103	الإعاقة السمعية من منظور الطبي
105	الإعاقة السمعية من المنظور التربوي
110	كيف يحدث السمع
113	فقد السمع وصعوبات التواصل
134	فحص السمع
138	قياس شدة السمع
141	أهم المشكلات التي يواجهها السمع وضعاف السمع
145	أهم الخصائص المميزة للأفراد الصم
154	أساليب الرعاية

الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

173	أهمية حاسة البصر وآلية الإبصار
177	تعريف الإعاقة البصرية
180	أنواع الإعاقة البصرية
184	أسباب الإعاقة البصرية وطرق الوقاية
186	شروع الإعاقة البصرية
187	تشخيص الإعاقة البصرية
188	خصائص المعوقين بصرياً



189	- الخصائص الجسمية
192	- الخصائص العقلية
192	- الخصائص اللغوية
194	- الخصائص الاجتماعية
195	- الخصائص النفسية
196	- الخصائص الأكاديمية
197	الاحتياجات التربوية للمعوقين بحسباً

الفصل الخامس

صعوبات التعلم

210	تعريف صعوبات التعلم
213	شيوخ صعوبات التعلم
215	أسباب صعوبات التعلم
224	الخصائص العامة لذوى صعوبات التعلم
230	الاتجاهات والأساليب المختلفة فى علاج صعوبات التعلم

الفصل السادس

الإعاقات الجسمية

240	طبيعة الإعاقة العصبية
242	أنواع الإعاقات العصبية
243	- الشلل الدماغى
250	- الصرع
256	- العمود الفقرى المفتوح
259	- الاستسقاء الدماغى
261	- شلل الأطفال
262	تتبييم وتشخيص الإعاقة العصبية



263	التدخل العلاجي
268	أدوار الآباء والمعلمين

الفصل السابع

التوحد

273	مقدمة
276	تعريف الاضطراب التوحيدي
278	تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد
282	معنى الاضطراب
285	انتشار الاضطراب
287	تشخيص الاضطراب
290	تحليل وتشخيص التوحد
292	معايير تشخيص التوحد
294	سلوكيات أو مظاهر مرتبطة بالتوحد
296	خصائص الطفل التوحيدي
302	أسباب الاضطراب التوحيدي
305	نظريات في أسباب التوحدية
306	نظريات ترجح الأسباب الانعزائية
308	أمراض التوحد
312	وحايا وإرشادات لآباء ومعلمي الأطفال التوحيديين
315	التربية العلاجية للطفل التوحيدي
323	إرشادات لتعليم الأطفال التوحيديين بقدرات إنجازية عالية





المقدمة

إن الاهتمام بحقل التربية بشكل عام والتربية الخاصة بشكل خاص يرتبط ارتباطاً وثيقاً بدرجة الوعي والتحضر لدى مجتمع من المجتمعات. وكلما تطورت الحياة بصفة عامة زاد الاهتمام بحقل التربية بكل أشكالها.

وقد شهد ميدان التربية الخاصة انطلاقة قوية وسريعة نتيجة لعوامل ومتغيرات اجتماعية وثقافية عديدة، منها إنسانية وأخلاقية وتشريعية تنادي بضرورة توفير الحقوق الأساسية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة التي تتعلق بالصحة والتربية، وتعمل على الوهمول بهم إلى أقصى درجة ممكنة تسمح بها طاقاتهم وقدراتهم أسوة بأقرانهم الأسوياء.

وجاءت مظاهر التطور في هذا الميدان بالتقدم في أساليب التعرف والفحص والتشخيص والعلاج لفئات التربية الخاصة، وزيادة أعداد الأفراد الذين تقدم لهم تلك الخدمات؛ والتحسين في نوعيتها من الناحية الصحية والتعليمية، وتطوير البرامج الخاصة بهم في المجائين الوقائي والعلاجي.

ويقع هذا الكتاب في سبعة فصول، يغطي الفصل الأول المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة والمقصود بالإعاقة، ومستويات الوعاية منها ونسبة شيوها ومفهوم التربية الخاصة وأسسها ومبادئها ومراحل خدماتها؛ ويعرض الفصل الثاني للمعاقون عقلياً، وتعريف الإعاقة العقلية وتصنيف المعاقين عقلياً وأسباب الإعاقة المعقدة وتشخيصها وخصائص المعاقين عقلياً والأساليب العلاجية المقدمة لهم، وتعليمهم بينما تناول الفصل الثالث الإعاقة السمعية ومفهومها من المنظور الوظيفي والنفسيولوجي والطبي والتربوي، ثم تنكيفية حدوث السمع؛ وفقد السمع وصعوبات اتواصل وأسباب الإعاقة السمعية وغياس شدة السمع وأهم المشكلات التي يواجهها الصم وضعاف السمع والخصائص المميزة للأفراد الصم وأساليب الرعاية؛ بينما تطرق الفصل الرابع للإعاقة البصرية وأهمية حاسة



البصر وتعريف الإعاقة البصرية وأنواعها وأسبابها وطرق الوقاية منها وتشخيصها وخصائص المعوقين بصرياً وأهم الاحتياجات التربوية المقدمة لهم، أما الفصل الخامس فتناول صعوبات التعلم وتعريفها وشيوعها وأسبابها وتشخيصها والخصائص العامة لذوى صعوبات التعلم، والاتجاهات والأساليب المختلفة فى علاج صعوبات التعلم، ويعرض الفصل السادس والأخير للإعاقات الجسمية، ومقدمة الإعاقات العصبية وأنواعها وتقييم وتشخيص الإعاقات العصبية والتدخل العلاجى وأدوار الآباء والمعلمين، الفصل السابع والأخير يتناول التوحد وطبيعته وتشخيصه وعلاجه.

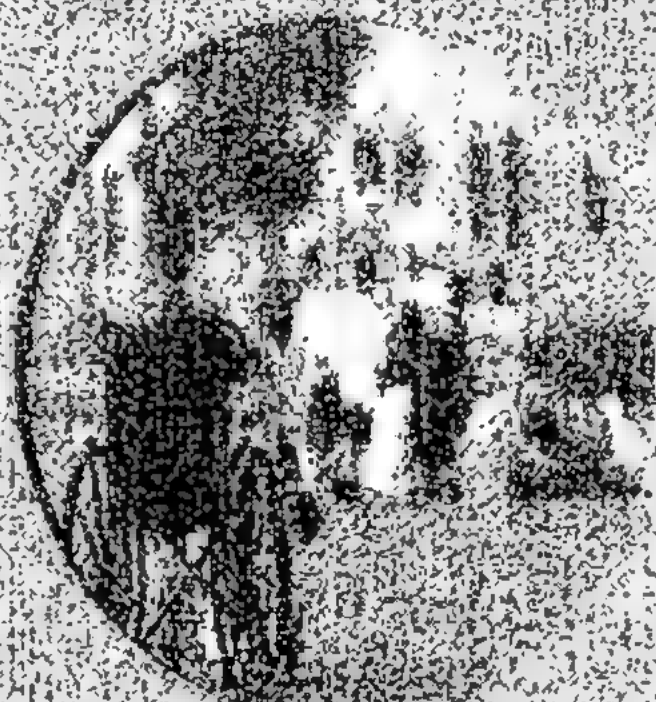
والله أسأل أن أكون قد وفقت فى تغطية جميع الجوانب الأساسية المتعلقة بذوى الاحتياجات الخاصة.

أ.د./ السيد عبد القادر شريف

القاهرة في 20/11/2012م



الكتاب الأول
الكتاب الثاني والثالث والرابع والخامس
الكتاب السادس والسابع والثامن والتاسع والعاشر



1





الفصل الأول

المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

لمحة تاريخية عن تطور الاهتمام والرعاية بذوى الاحتياجات التربوية الخاصة في الوطن العربي

لقد علمت الدول العربية وأصبح من المسلم به لديها في الوقت الحاضر بأن تقدم مجتمعاتها وأخذها مكانه مرموقة بين مجتمعات عالم اليوم إنما يعود ويعتمد إلى حد كبير على مدى ما تقدمه لشعوبها وأبناء وطنها من رعاية وعناية وبما تهيئه لهم من سبل لرفع مستواهم في جميع المجالات، إضافة إلى حسن استثمار ما لديهم من طاقات وإمكانات.

وجدير بالوطن العربي والحال كذلك بأن تتكاتف الأيدي وتعتمد عبر البلاد العربية لتواصل وتعاون وتتشارك من أجل غد أفضل ومن أجل التقدم والتطور وتحقيق الأمانى بعقول رسواعد أبنائها لخدمة المجتمع وتحقيق الأهداف، وذوو الاحتياجات التربوية الخاصة (ومن بينهم المعوقون) حزة من الأمة لم تمكنهم ظروف الإعاقة من أخذ الفرص في مؤسسات التربية والتعليم أو العمل، لذلك وجب على المجتمعات أن تفسح الطريق وتهيئ أمامهم الفرص لأخذ حقهم بما يتناسب وظروف وإعاقاتهم.

وتجدر الإشارة إلى أنه لا توجد إحصاءات دقيقة وشاملة عن حجم المشكلة في الوطن العربي، وبدل تجاهل الإحصاءات هذا على أن مشكلة الإعاقة لم تطرح كقضية اجتماعية جديرة بالاهتمام والمواجهة على أسس علمية، وإنما تواجه بأسلوب جزئي متفرق، ويلوح في الأفق في الوقت الحاضر إلى أنه يوجد بصيص من نور؛ فقد بدأت بعض الدول بحصر بعض فئات الإعاقة، ومن ثم توجد



مجاريات لتقديم بعض الخدمات لها ، باستثناء بعض الدول التي قطعت شوطاً لا بأس به في هذا المجال. فعلى الصعيد العربي نجد أن ميثاق العمل الاجتماعي للدول العربية الذي أقره مؤتمر الشئون الاجتماعية العرب عام 1971م والذي كان من أهم أهدافه فيما يتعلق بالمعوقين هو تأهيل كل مواطن يعاني من عجز جسدي أو عقلي.

كما جاء في (استراتيجية مكتب التربية العربية) عام 1976م والتي أعدتها المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم والتي اعتمدها وزراء التربية العرب ما يؤكد على العناية بالتربية الخاصة بالمعوقين وتنظيم برامج ذات جوانب إنسانية وتربوية ومضامين اجتماعية وتنموية لهم، وإرساء هذه التربية على أسس ثابتة مستمرة، كما أن مقررات وتوصيات منظمة العمل العربية تشير إلى أهمية رعاية وتأهيل المعوقين.

كما أكدت (استراتيجية العمل الاجتماعي في الوطن العربي) عام 1979م على الاهتمام بفئات المعوقين جسدياً وعقلياً واجتماعياً وتشارت إلى أهمية تمكينها من المشاركة في الحياة العادية وتفهم مشكلات الإعاقة ومواجهتها بصورة أكثر إيجابية في نطاق العمل الاجتماعي الإنمائي.

ثم يأتي (الإعلان العربي للعمل مع المعوقين) الصادر عن مؤتمر الكويت الإقليمي للمعوقين عام 1981م والذي شاركته فيه وفود من دول ومنظمات عربية وإقليمية، والذي تقرر فيه إرساء العمل من أجل المعوقين من خلال مجموعة من الأسس والمبادئ التي نصب لمصالح المعوقين.

ويجئ برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية (أجفند) والذي يعتبر إنشائه مبادرة من قبل صاحب السمو الملكي الأمير طلال بن عبد العزيز عام 1981م، والذي يعتبر نقطة تحول إيجابية في مسيرة التنمية على نطاق دولي فتعاون البرنامج مع منظمات الأمم المتحدة الإنمائية يعتبر إحدى أهم





الفصل الأول: المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

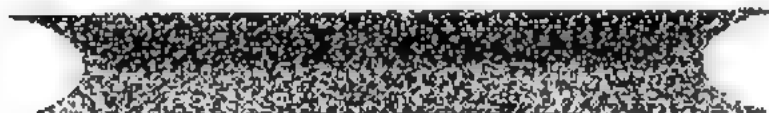
رسائل نشاطه في المجال الإنمائي، فالبرنامج أول من يادر في الوطن العربي إلى التعاون الدولي الإنمائي بتقديم منح لا ترد دون تمييز بين عرق أو دين أو لجن. ولقد ساهم البرنامج في تمويل مشاريع كثيرة بالدول العربية في مجال المعوقين من خلال جمعيات أهلية عربية.

هذا وبالرغم من وجود بعض البرامج والخدمات المحدودة للمعوقين (ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة) في مجتمع العربي إلا أنها وكما هو شائع في كثير من بلدان العالم لا تساير المنهج النظري والعلمي الحديث المتبع في الدول المتقدمة إلا القليل منها والآخر فإن اندائية العظمى من البرامج التعليمية لذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ما زالت تأخذ نمط المعاهد أو المراكز المنعزلة سواء أكانت هذه المراكز داخلية أم نهائية، ولا زالت الأنماط التعليمية الأقل عزلاً قليلة الشبوع في معظم البلدان العربية.

كذلك فإن الدول العربية لا زالت تعاني من نقص كبير في عدد المهنيين المؤهلين في مجال التربية الخاصة على مستوى التخطيط أو التنفيذ.

إلا أنه توجد بعض التباين والأمل في حصول تطور ونمو واضح في ميدان التربية الخاصة في البلاد العربية خلال العقد السابقيين مقارنة مع العقود السابقة.

فقد شهدت الدول العربية في العقد الأخير اهتماماً ملحوظاً في ميدان التربية الخاصة ونأهيل المعوقين، وهذا يعكس مدى الوعي المتزايد من قبل المؤسسات الحكومية والأهلية بأهمية ذلك الميدان وما يمثله من قطاع سكاني قد تصل نسبته إلى حوالي 10%. وتشير الإحصائيات في هذا الميدان إلى أن عدد المؤسسات التي تقوم بخدمة فئات الإعاقة في الدول العربية قد تزايد بشكل ملحوظ.





وتحذر الإشارة إلى تعذر الوصول إلى معرفة دقيقة عن حجم مشكلة الإعاقة في كل قطر من الأقطار العربية ويرجع ذلك إلى سببين أولهما، ندرة الدراسات الإحصائية عن أعدادهم وتوزيعهم وفق متغيرات العمر والجنس وقلة الإعاقة وغير ذلك. وثانيها: عدم الثقة بالغائية العظمى من الإحصاءات المتوفرة نظراً لافتقارهم للشروط العلمية.

كما يشير انروسان (1999) بحسب ما جاء في جونية اليونيسكو في عام 1980/79م إلى أن عدد سكان انعام العربي يبلغ حوالي 157 مليوناً، وعند أخذ نسبة الحد الأدنى للإعاقة حسب التقديرات العالمية وهي 3٪ فإن مجموع المعوقين في البلاد العربية تصل إلى حوالي 4.5 أربعة ملايين ونصف، في حين إذا أخذت نسبة الحد الأعلى للإعاقة وهي 10٪ فإن مجموع المعوقين في الوطن العربي يصل إلى حوالي 1.5 مليوناً.

والجدير بالذكر فإن خدمات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في الوطن العربي تعتبر حديثة العهد ، وقد تم البدء في تقديم هذه الخدمات في الستينيات من القرن العشرين وذلك في أغلب الدول العربية مثل الأردن والسعودية وسوريا ولبنان والكويت والجزائر ومصر وتونس في حين قد تأخرت هذه الخدمات في دول أخرى مثل البحرين وقطر والإمارات وعمان، إلا أنه يمكن القول بأن النهوض والتطور النوعي والسكمي للخدمات حدث في أواخر السبعينيات وأوائل الثمانينات من القرن الماضي. وذلك عند إعلان السنة الدولية للمعوقين،

وقد كان للجمعيات والهيئات التطوعية أثر كبير في إنشاء الخدمات في الوطن العربي، وزيادة وعي المجتمع بهذه الخدمات، وتبنيه الحكومات إلى ضرورة المبادرة في تحمل مسؤولياتها تجاه هذا الجانب، ولا زال للجانب التطوعي دور هام في هذا المجال في العديد من الدول العربية.



الفصل الأول: التبادي والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

وبالاحظ أن أول البرامج والخدمات كانت موجهة نحو المكفوفين، ثم الصم، بينما تأخرت خدمات المتخلفين عقلياً.

كما وأن الغالبية العظمى من تقديم البرامج والخدمات التعليمية لذوي الاحتياجات التربوية الخاصة تأخذ نمط المعاهد أو المراكز المنعزلة سواء كانت هذه المراكز داخلية أو نهارية، وبالأخص حالة شيوخ الأتباع التعليمية الأقل عزلاً، إلا أنه ظهر في الآونة الأخيرة بدء بعض الدول العربية بتقديم مبادرات للخدمات الأقل عزلاً وذلك من خلال المراكز المجتمعية الصغيرة أو الفصول الخاصة في المدارس العادية، في حين لا زالت التجربة هي بداياتها في دول أخرى.

ومما يدعو للتفاؤل فإن السياسات التربوية العامة، شهدت في السنوات العشر الماضية مبادرات جادة لإقرار قوانين وتشريعات مناسبة في هذا المجال في أغلب الدول العربية، وقد سعت الأمانة العامة لدول الخليج العربية، إلى الوصول لصيغة تشريعية نموذجية تسترشد بها الدول الأعضاء عند تطويرها القوانين الخاصة في هذا المجال ويتمثل ذلك في استصدارها مشروع قانون نموذجي للمعوقين في دول المجلس.

ويشكل عام وفيما يتعلق بهذا الخصوص فإن الحاجة ما زالت قائمة إلى إقرار تشريعات متكاملة من جميع الدول العربية وفق معايير ووضوابط تكفل الجدية وتوفر آليات للتنفيذ.

وفي نفس الوقت، ومن جانب آخر فإن الدول العربية ما زالت تعاني من نقص في عدد المهنيين المؤهلين في مجال التربية الخاصة، مما يتعذر معه تقديم الحاجات التربوية حتى لذوي الصعوبات البسيطة.

ومما يلاحظ كذلك فإن خدمات التربية الخاصة في أغلب الدول العربية موزعة بين قطاعين هما القطاع الحكومي والقطاع التطوعي وتحتوي وزارات التربية والتعليم مسؤولية الإشراف على الخدمات الحكومية وذلك في معظم





الدول العربية كالمملكة العربية السعودية والأردن والكويت والإمارات ومصر وقطر وعمان بينما تتولى المسؤولية وزارة الشؤون الاجتماعية في عدد آخر من الدول أما الخدمات التطوعية (الأممية) فهي تخضع لإشراف ومتابعة وزارات الشؤون الاجتماعية، كما وأنه قد تم إنشاء لجان وطنية للمعوقين تهدف إلى النهوض بالخدمات المقدمة والمتتبعين بين مختلف الجهات ذات العلاقة، مما كان له دور إيجابي في زيادة وعي المجتمع بالمعوقين في الدول العربية.

ويمكن الإشارة بلعمات بسيطة عن تطور الخدمات لذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في بعض الدول العربية مثل:

مصر:

أوضحت التعدادات المتعاقبة للسكان منذ عام 1960م حتى عام 1996م أن نسبة الإعاقة في مصر تتراوح ما بين 3 في الألف - 7.1، وأشار مشروع الإستراتيجية القومية للتصدي للإعاقة بمصر إلى أن تقديرات الإعاقة بالنسبة للأعمار التي تتراوح ما بين 6-16 سنة عام 1996م بلغ حوالي 3.4/ حسب تقديرات الجهاز المركزي لتعبئة العامة والإحصاء، في حين أن البحوث الميدانية التي أجرتها هيئة انيونيستيف بمصر تشير إلى أن الإعاقة فيها تصل إلى 8/.

وتجدر الإشارة إلى أنه قد بدأ الاهتمام برعاية المعوقين في مصر منذ أوائل القرن العشرين ولكن يمكن أن توصف بأنها نوعاً من الخدمات الاجتماعية كانت تقوم على جهود فردية وجماعات دينية وهيئات خيرية وكان اهتمامها موجهاً لقلة المعوقين بصرياً بدافع من الشفقة والإحسان، ولكن ظهر التطبيق العلمي لتأهيل المعوقين عند صدور قانون الضمان الاجتماعي الأول سنة 1950م رقم 116 حيث نصت المادة 42 على قيام وزارة الشؤون الاجتماعية بإحداث التدابير الضرورية لإنشاء وتنظيم المعاهد والمدارس اللازمة لتوفير الخدمات الخاصة لعلاج العجزة وتدريبهم وإعدادهم للعمل.





الفصل الأول: المفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

وفي عام 1962م أنشأت الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين، وبدأ الاهتمام بتعليم المكفوفين ونصم في عام 1974م.

وتجدر الإشارة إلى أن وزارات وجهات عديدة تتحمل مسئولية تقديم الخدمات للمعوقين وبشكل مباشر مثلًا وزارة الشؤون الاجتماعية، وزارة التربية والتعليم، وزارة الصحة والدم، وكان، وزارة القوى العاملة والهجرة، وزارة الشباب والرياضة، وزارة الإعلام، وزارة الدفاع، إضافة إلى ما تقدمه الجامعات ومراكز ومعاهد البحوث.

الكويت:

يحظى مجال رعاية المعوقين من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة باهتمام كبير في المجتمع الكويتي، حيث أقيمت المدارس التخصصية المختلفة في هذا المجال للبنين والبنات ضمن منهج تربوي متطور.

وقد بدأت وزارة التربية والتعليم جهودها في ميدان تربية المعوقين عام 1955م/1956م بإنشاء مدرسة النور للمكفوفين، ثم أخذت المدارس تزداد بحيث غطت مختلف الإعاقات القابلة للتعليم والتي شملت تقديم خدماتها لطلاب الإعاقات البصرية والسمعية والحركية والعقلية.

ففي الإعاقة البصرية أُنشئت مدارس النور التخصصية، والتي تخدم فئة المكفوفين وزودت بالأدوات والأجهزة التي تساعد الإعاقة في المجالات الدراسية (القراءة والكتابة والحساب) وقد تم إنشاء مطبعة النور عام 1962م/1963م وقد استطاعت هذه المطبعة أن تغطي احتياجات مدارس المكفوفين من كتب دراسية وقصص متنوعة وطباعة نسخ القرآن الكريم.

أما مدارس الإعاقة السمعية، فقد زودت بأجهزة السمع الجماعي انسلكية وانلاسلكية وأجهزة قياس الصمم Deafness للصم، وتمنح عيوب النطق





واضطرابات التكلام، كما أعد لهم برنامج للإشارات الوصفية وقد بدأ العمل فيها عام 1995م/ 1996م.

أما مدارس التخصصية التي تخدم الطلاب المعوقين حركياً فقد زودت بالأجهزة المختلفة والعلاج الطبيعي وورش عمل الأصراف الصناعية والأجهزة التعويضية، وأنشئت مدارس إرجاء لرعاية المعوقين حركياً حيث وفرت لهم خدمات خاصة تخدم ظروفهم وإعاقتهم الحركية.

أما مدارس التربية الفكرية فهي تخدم المتخلفين عقلياً، من فئة القابلين للتعلم، حيث تتم رعايتهم فيها، وأعدت لهم تربية خاصة وفق حالة القصور العقلي وحسب قدرات كل منهم.

كما اهتمت الدولة بإصدار قانون بشأن رعاية المعوقين ونطاق تطبيقه، حيث وافق مجلس الأمة على جميع ما صدر بشأنهم في سبيل رعايتهم وتقديم الخدمات المتكاملة والمستمرة لهم في المجالات العديدة الصحية والاجتماعية والتربوية والثقافية والرياضية والتأهيلية والإسكانية والمواصلات والعمل والتشغيل.

عمان:

ينال المعوقون من نوى الاحتياجات التربوية الخاصة في سلطنة عمان قسطاً من الرعاية والعناية، وقد قامت وزارة التربية والتعليم بفتح فصول للتربية والتعليم ورعاية الأطفال المعوقين، وتقديم خدمات تعليمية وتربوية ونفسية واجتماعية وصحية لهم: تراعى قدراتهم وإمكاناتهم وظروفهم، وفي نفس الوقت تحقق حاجاتهم العقلية والجسمية والنفسية والاجتماعية إضافة إلى تدريب المعوق على حرفة أو مهنة مناسبة لقدراته وإمكاناته حتى يكون قادراً على كسب عيشه، والاندماج في المجتمع.





الفصل الأول: المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

ومن هذا المنطلق قامت وزارة التربية والتعليم في عام 1978م بافتتاح حصول دراسية لطلاب المعوقين، والحققتها بإحدى مدارس التعليم العام بمستقط، وفي عام 1980م/ 1981م تم افتتاح مدرسة الأمل للصم بمستقط، لتربية وتعليم وتأهيل الطلاب الصم. وفي عام 1984م تم افتتاح مدرسة التربية الفكرية لرعاية الطلاب المتخلفين عقلياً لتزويدهم بالخبرات والمهارات المختلفة التي تساعدكم في حياتهم معتمدين على أنفسهم.

أما المكفوفين فيتم إرسالهم للدراسة بمعهد انشور بدولة البحرين وبعد حصول الطالب الكفيف على الشهادة الإعدادية يعود إلى السلطنة وييسر له الالتحاق بمدارس التعليم العام لاستكمال دراسته بها.

قطر:

شهدت دولة قطر تطوراً واضحاً خلال العشرين عاماً الماضية في مجال الاهتمام بالمعوقين، وخاصة بعد إعلان الأمم المتحدة عام 1981م عاماً دولياً للمعوقين، فقد أولت الدولة اهتماماً كبيراً بموضوع تعليم ورعاية فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة من خلال إنشاء مدارس التربية الخاصة والتي تهدف إلى تقديم الخدمات التربوية والتعليمية والمهنية لهذه الفئات تحت إشراف وزارة التربية والتعليم والشباب.

وفي مجال الاهتمام بالمكفوفين أرسلت الدولة عام 1969م/ 1970م عدداً من الطلاب المكفوفين للدراسة في مصر، وفي عام 1974م/ 1975م انضمت إلى المركز الإقليمي لتعليم المكفوفين في دولة البحرين، ومنذ ذلك التحين يتم ابتعاث المكفوفين إلى هذا المركز.

أما في مجال تعليم المعوقين سمعياً وعقلياً، فقد بدأت عام 1975م بافتتاح ثلاثة حصول ملحقة بإحدى المدارس العادية، أحدهم الصم والبكم وثمانان آخرون للمتخلفين عقلياً. وفي عام 1981م تم افتتاح معهد الأمل للبنين، وفي عام





مدخل إلى التربية الخاصة

1982م افتتح معهد الأمل للبنات وكانا يضمان قسمي التحلف العفلى والإعاقة السمعية معاً، ثم تم فصل كل إعاقة على حدة بافتتاح مدارس التربية الخاصة لكل فئة من الفئتين مدرسة مستقلة بذاتها.

وبالاحظ بأنه تم في عام (1984م/ 1981م إنشاء قسم التربية الخاصة ضمن مظلة إدارة التربية الاجتماعية ليكون مسئولاً عن الإشراف والمتابعة لمدارس التربية الخاصة. وفي عام 1989م صدر قرار وزاري بالاتحة النظام الداخلي لمدارس التربية الخاصة وما تضمنه من شروط القبول والتعريفات والأهداف واختصاصات العاملين.

الأردن

يرجع تاريخ التربية الخاصة المتعلقة بالمعوقين في الأردن إلى الستينات من القرن العشرين حيث شهد عدداً من التغيرات الكمية والنوعية المتعلقة بالمعوقين. وتشير الدراسة المسحية للمعوقين التي قام بها صندوق الملكة علياء الاجتماعي للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني عام 1979م إلى أن عدد المعوقين في الأردن يصل إلى حوالي 19 ألف معوق، تمثل معظم أنواع الإعاقات، فقد شملت تلك الفئات الإعاقة السمعية، والبصرية، والحركية، والعقلية، والانفعالية، ولم تشمل الإعاقات الأخرى مثل، اضطرابات التعلم، وثقة، وصعوبات التعلم.

وقد أدركت المؤسسات الحكومية والأهلية حجم تلك المشكلة وعملت منذ الستينات على مواجهتها، فظهرت المراكز المختلفة التي تهتم بالأفراد المعوقين وتقدم خدماتها لهم؛ مما ترك أثراً إيجابية على المعوقين وعلى أسرهم في النواحي التربوية والصحية والاجتماعية؛ وخاصة فيما يتعلق بالمشكلات المترتبة على صعوبة توفير الخدمات التربوية والتعليمية والاجتماعية لمعظم فئات الإعاقة.





الفصل الأول: المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

وقد شهد الأردن في السنوات الأخيرة اهتماماً ملحوظاً في ميدان التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، وتميزت بداية انعقد الحال بالانغيرات الكيفية في مجال التربية الخاصة: هذا وتمثل الجهات المسئولة عن الاهتمام بشؤون المعوقين في: وزارة التنمية الاجتماعية وصندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني والجامعة الأردنية والقطاع الخاص بمؤسساته وجمعياته ومراكزه.

كما بدأ الاهتمام بموضوع إصدار قوانين وتشريعات خاصة بالمعوقين في الأردن مع بداية الثمانينات، وعلى إثر العام الدولي للمعوقين (1981)، فقد أوصت اللجنة التشريعية التابعة للجنة الوطنية الأردنية للعام الدولي للمعوقين بضرورة إصدار التشريعات والقوانين الخاصة بالمعوقين، وعلى إثر ذلك، أعدت وزارة التنمية الاجتماعية في عام 1982م مسودة مشروع قانون المعوقين. ثم ظهر عام 1993م قانون رعاية المعوقين رقم 12 والذي سمي بقانون رعاية المعوقين وقد تألف من 12 مادة.

وتشير نتائج عدد من التجارب لعدد من الدول العربية والتي أصدرت تشريعات تتناول حقوق المعوقين ومنها التشريع اللبناني والذي صدر في عام 1973م، والتشريع العراقي والذي صدر في عام 1980م، والتشريع السوري والذي صدر في عام 1970م؛ ولأنه دولة الإمارات العربية المتحدة المتعلقة بثلاثة فصول التربية الخاصة في العام 1988م.

وهكذا ينضح مما سبق أن حدوث تغيرات كبيرة في انعقاد القليلة الماضية على صعيد تدريب وتربية الأشخاص من ذوي الإعاقات المختلفة جاء نتيجة تزايد اهتمام المجتمعات الإنسانية بتوفير فرص النمو والتعلم لهؤلاء الأشخاص، فقد لوحظ أن ذلك يحدث تغيراً مهماً في حياة هؤلاء الأشخاص مما دفع دول العالم المختلفة وشجعها على سن التشريعات والقوانين التي تضمن حقوق الأمان، والمعوقين في الحصول على تربية هامة مناسبة.





المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

تقديم:

تعتبر قضية الإعاقة واحدة من القضايا الاجتماعية ذات الأبعاد التربوية والاقتصادية التي أصبحت محط اهتمام المجتمعات المختلفة وعنايتها. فالإعاقة لا تشكل عبئاً على المعوق وأسرته وحسب، بل إن آثارها تمتد لتتطال قطاعاً كبيراً من المجتمع. وعليه أخذ العديد من المجتمعات في النصف الثاني من القرن الماضي بإصدار القوانين والتشريعات التي تحدد مسؤولية المجتمع حيال الأفراد المعوقين. وتنظم استجابته لاحتياجاتهم سواء في مجال الوقاية أو الرعاية، وبلغ اهتمام بعض المجتمعات بقضية الإعاقة درجات متقدمة جداً، فعلى سبيل المثال أنشأت الحكومة البريطانية في أوائل السبعينات وزارة خاصة تسمى «وزارة الإعاقة» ومناذرة السياسات الوطنية في مجال الوقاية من الإعاقة وتأهيل المعوقين ورعايتهم. وقد شهد العالم تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بالإعاقة، تمثل على المستوى العالمي في العديد من الإعلانات والمواثيق العالمية التي صدرت عن هيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة، والتي يمكن أبرزها إعلان عام 1981 عاماً دولياً للمعوقين، وقد نشطت الدول المختلفة إبان ذلك العام، في تطوير برامجها في مجال الإعاقة، مما حدا بهيئة الأمم المتحدة أن تعلن عقد الأمم المتحدة عقداً دولياً للمعوقين.

وتجدر الإشارة إلى أن الاستجابة الفعالة لمشكلة الإعاقة يجب أن تتصف بالشمولية، بحيث لا تهتم ببعض الجوانب المتعلقة بهذه المشكلة وتغفل جوانب أخرى. وبشكل يكون فيه لبرامج الوقاية من الإعاقة أهمية متميزة نظراً لأنها تسهل إجراء مبكراً يقلل إلى حد كبير من وقوع الإعاقة، ويختصر الكثير من الجهود المعنوية والمادية اللازمة لبرامج الرعاية والتأهيل.



المقصود بالإعاقة:

يخدمني الكثيرون في اعتبار الإعاقة سبباً لحالة بينما هي في واقع الأمر نتيجة لمجموعة متداخلة من الأسباب. كما أنه لا يمكن فصل هذا المفهوم عن مضمونة الاجتماع. ويتفق معظم المصادر على تعريف الإعاقة بأنها حالة تشير إلى عدم قدرة الفرد المصاب بعجز ما على تحقيق تفاعل مثمر مع البيئة الاجتماعية أو الطبيعة المحيطة، أسوة بأفراد المجتمع الآخرين المكافئين له في العمر والجنس. وتجدر الإشارة إلى أن الحواجز والمعوقات الاجتماعية (الاتجاهات السلبية على سبيل المثال) أو الطبيعية (كالحواجز المعمارية) التي تؤدي إلى الحد من قدرة الفرد على الاستجابة لمتطلبات بيئته، تختلف من مجتمع إلى آخر، وعندها فإن من يعتبر معاقاً في مجتمع ما قد لا يعتبر معاقاً في مجتمع آخر، أو من يعتبر معاقاً في موقف ما قد لا يعتبر معاقاً في موقف آخر. ولذلك ذهب البعض إلى القول بأنه لا يوجد فرد معاق بل هنالك مجتمع معيق.

تأسيساً على ما سبق، فإنه يجب التمييز بين المفاهيم الثلاثة التالية والتي كثيراً ما يخطئ البعض في استخدامها كمترادفات.

1- الإعاقة (Impairment)

حيث يولد الفرد بنقص أو عيب خلقى أو قد يتعرض بعد ولادته للإصابة بخلل نفسيولوجي أو جيني أو سيكولوجي.

2- العجز (Disability)

ويشير إلى حالة من القصور في مستوى أداء الوظائف النفسية أو النفسية-البيئية مقارنة بالعاقلين نتيجة للإصابة بخلل أو عيب في البناء النفسيولوجي أو السيكولوجي للفرد.





3- الإعاقة (Handicap)

وهي عبارة عن حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، ترتبط بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف النفسية أو السيكولوجية. فالإعاقة صُفاً لهذا المفهوم صفة غير متوارثة.

باعتبار ما سبق، فإنه يجب أن لا تقتصر خدمات الوقاية من الإعاقة على الإجراءات التي تحول أو تقلل من احتمال حدوث الإصابة فجأة، بل يجب أن تشمل على إجراءات أخرى للحيلولة دون تطور الإصابة إلى حالة من العجز، أو تطور حالة العجز إلى حالة من الإعاقة، وفي سلك الحالات، يمكن التقليل من درجة العجز أو درجة الإعاقة إذا ما اتخذت الإجراءات المناسبة.

ووفقاً للنظرة التكاملية السابقة فقد تطورت النظرة الحديثة إلى الوقاية وأصبحت أكثر شمولية. ففي عام 1976م تبنت منظمة الصحة العالمية هذا المفهوم الجديد، للوقاية. وعليه يمكن تعريف الوقاية بأنها عبارة عن مجموعة من الإجراءات والخدمات المتصودة والمنظمة، التي تهدف إلى الحيلولة دون/أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدى إلى عجز في الوظائف النفسية أو السيكولوجية، والحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز، بهدف إتاحة الفرصة للفرد، لكي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المتبادل مع بيئته، بأقل درجة ممكنة من المحنات، وتوفير الفرصة له لأن يحقق حياة أقرب ما تكون إلى حياة العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

وهي تتناولها الموضوع الوقاية من الإعاقة أشارت منظمة الصحة العالمية إلى ثلاثة مستويات من الوقاية وهي:



الفصل الأول: المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

1- الوقاية في المستوى الأول:

وتهدف إلى إزالة العوامل التي قد تسبب حدوث الإصابة بالخلل أو العيب عند الفرد. وتتضمن إجراءات صحية، واجتماعية مختلفة، كالتحصين ضد الأمراض، وتحسين مستوى رعاية الأم الحامل، والتغلب على مشكلات الفطر، وبرامج تغذية الأطفال، والإرشاد الجيني، وأنظمة وقواعد السلامة في المصانع والطرق...إلخ.

2- الوقاية في المستوى الثاني:

وتتضمن الإجراءات المتخذة للكشف عن الإصابة، والتدخل المبكر لمنع المضاعفات الناتجة عن حدوث العيب من تؤدي إلى حالة الإصابة وضبطها ومن الإجراءات الوقائية في هذا المستوى الفحوصات الإكلينيكية: والاختبارات المختلفة للكشف المبكر عن حالات الخلل الفسيولوجي، وانعيقوب التشريحية أو الاضطرابات النفسية، وفي العادة تدخل المسوح العامة، وخدمات الصحة المدرسية ضمن هذا الإطار، وتشتمل الإجراءات في هذا المستوى على العناية السريعة المبكرة لعلاج الاضطرابات والعيوب الخفية، والإجراءات التربوية اللازمة لإثراء بيئة المتأخرين لأطفال المتأخرات المعدوس...إلخ. وتوجه الخدمات والإجراءات الوقائية في هذا المستوى في معظمها نحو الأطفال: خاصة الذين يعتبرون أكثر عرضة أو قابلية للإصابة بحالات المصور والاضطراب.

3- الوقاية في المستوى الثالث:

تهدف الإجراءات الوقائية في هذا المستوى إلى التقليل من الآثار السلبية المترتبة على حالة القصور والعجز، والتخفيف من حدتها ومنع مضاعفاتها. وتشتمل هذه الإجراءات على الخدمات التي تقدم للأفراد لمساعدتهم في التغلب على صعوباتهم، سواء من خلال البرامج التربوية الخاصة أو التدريب والتأهيل، أو من خلال تقديم الوسائل والأجهزة المعينة كالمصمحات السمعية، والبصرية، أو



الأنشطة الصناعية، أو الخدمات الأخرى المساعدة كالعلاج الطبيعي وعلاج النطق وغيرها.

كما تشمل الخدمات الوقائية في هذا المستوى على الإجراءات التي تتخذ لتعديل البيئة لتصبح أكثر مناسبة للمعوقين، والتقليل من المعوقات البيئية التي تحول دون اندماجهم في الأنشطة الحياتية المختلفة. ومن الأمثلة على هذه الخدمات التسهيلات الخاصة في المباني والطرق، ووسائل الاتصال؛ وتعديل الاتجاهات السلبية حيال المعوقين؛ وغير ذلك من إجراءات.

وتكتسب برامج الوقاية من الإعاقة أهمية خاصة؛ حيث إن ما لا يقل عن (750٪) من حالات الإعاقة أو الإحساة بانعجز يمكن تلافي حدوثها إذا توفرت الإجراءات الوقائية المناسبة. كما أن بعض أسباب الإعاقة يمكن ضبطها والسيطرة عليها، ونشير نتائج إحدى الدراسات إلى أنه يوجد في الهند (24) مليون حالة كف بصر، إلا أن (85٪) من تلك الحالات كان يمكن الوقاية منها ومنع حدوثها. كما أن (60٪) من هذه الحالات يمكن علاجها إذا ما توفرت الخدمات المناسبة.

إن دور البرامج الوقائية لا يقتصر على التخفيف من المعاناة الإنسانية من خلال التخفيف من حالات الإعاقة، بل يمكن القول إن برامج الوقاية - وكما أشارت تجارب العديد من المجتمعات ونتائج العديد من الدراسات العلمية - تشكل استثماراً اجتماعياً ذا عائد اقتصادي يفوق المردود الاقتصادي بكثير من البرامج الاقتصادية الناجحة، ويتمثل ذلك (العائد الاقتصادي) بما يلي:

1- التوفير في الجهد الإنمائي اللازم لرعاية المعوقين وتأهيلهم، وتوجيه ذلك الجهد إلى مجالات أخرى.

2- الاقتصاد في التكاليف المادية اللازمة لتقديم خدمات التربية والتربية والتأهيل والعلاج المتروكة على الإعاقة.





الفصل الأول: المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

3- منع الضرر من فئة من أفراد المجتمع والإسهام في إزالة ما قد يمنع بعضها من المشاركة في عملية البناء والتنمية، والضرر المقصود هنا لا يقتصر على الأفراد المعرضين للإعاقة، بل يشمل أسرهم وعائلاتهم، وتشير تقديرات العديد من المنظمات المتخصصة مثل منظمة الصحة العالمية والمنظمة انعابية للتأهيل إلى أن (25%) من أبناء المجتمع يتأثرون بشكل مباشر أو غير مباشر بالإعاقة وتتأثر بها.

نسبة شيوع الإعاقة

تكاد تكون الإحصاءات الدقيقة حول أعداد ونسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة نادرة، فلا يوجد على وجه التحديد إحصاءات دقيقة لهذه الفئة سواء على المستوى العالمي أو على مستوى الدول المختلفة. إلا أن أكثر التقديرات تفاؤلاً تلك التي صدرت عن وكالات الأمم المتحدة كاليونسيف ومنظمة الصحة العالمية، والتي تشير إلى أن 10% من أفراد المجتمع يعتبرون من ذوي الحاجات الخاصة. وقد أشارت منظمة اليونسكو وفق آراء الخبراء ونتائج بعض الاستقصاءات إلى أن ما نسبته 10-15% من الأطفال هم من ذوي الحاجات الخاصة، وأشار تقرير "وارنرك" الصادر في بريطانيا إلى أن واحداً من كل خمسة أو ستة تلاميذ يحتاج إلى خدمات التربية الخاصة خلال فترة التحاقه بالمدرسة. وهناك تقديرات أخرى لبعض الدول تصل فيها نسبة هذه الفئة إلى 20-25% من طلبة المدارس العادية الذين يمكن أن يواجهوا صعوبات متنوعة.

ومع أنه قد أجريت العديد من الدراسات في كثير من الدول العربية حول انتشار الإعاقات، إلا أن تلك الدراسات تنقصها الدقة والمسؤولية، لكن يمكن القول بأنه نسبة انتشار الإعاقة في الدول العربية لا تقل عن مئلاتها في دول العالم الثالث.



وقد أشارت دراسة إحصائية لليونسكو عن واقع برامج التربية الخاصة في عدد من الدول إلى أن نسبة الطلاب المعوقين إلى أقرانهم العاديين في بعض أقطار الوطن العربي متدنية جداً مقارنة بمثيلاتها في دول أخرى.

وتجدر الإشارة إلى أن خدمات التربية الخاصة المبسكرة نادرة في الوطن العربي، وقد بدأ الاهتمام بهذا الجانب، ويتمثل ذلك في بعض المشروعات والمبادرات في عدد من الدول العربية.

ويعتبر النقص في الكوادر المتخصصة التدريية في مجال التربية الخاصة واحداً من أهم المشاكل التي تواجه التوسع في الخدمات التعليمية المختلفة للمعوقين، فعلى الرغم من وجود الكثير من الجامعات العربية والمئات من انكليات المتوسطة، فإن البرامج المتوفرة لإعداد معلمي التربية الخاصة تقتصر على الأردن والسعودية والإمارات وتونس وجامعة الخليج في البحرين وبعض البرامج في مصر. ونظراً لمحدودية هذه الخدمات وحدتها فإنها لا تسد سوى جزء من الحاجة القائمة في تلك البلدان.

إن الملاحظات السابقة حول محدودية خدمات التربية الخاصة في الأقطار العربية تشكل عام يجب أن لا تقود إلى التقليل من أهمية حالة النهوض والتطور الكبير الذي شهدته هذه الخدمات مؤخراً في بعض الأقطار كالأردن والسعودية وتونس والكويت ودولة الإمارات ومصر... إلخ.

مفهوم التربية الخاصة وأسسها

تعرف التربية الخاصة بأنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواء في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية، وعليه، فإن خدمات التربية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر سلباً على قدرتهم على التعلم، كما أنها تتضمن أيضاً





الفصل الأول: المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

لطلاب ذوي القدرات والمؤهلات المتميزة، ويطلق اصطلاحاً على تلك الفئات، مفهوم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة"، ويشتمل ذلك على الطلاب في الفئات الرئيسية التالية:

- 1- الإعاقة العقلية (Mental Retardation).
- 2- الإعاقة السمعية (Hearing Impairment).
- 3- الإعاقة البصرية (Visual Impairment).
- 4- صعوبات التعلم (Learning Disabilities).
- 5- الإعاقات الجسمية والصحية (Physical and Health Impairments).
- 6- اضطرابات السلوك (Behavior Disorders).
- 7- اضطرابات التواصل (Communication Disorders).
- 8- الموهبة والنفوق (Giftedness and Talents).

ويقوم التربية الخاصة على مجموعة من الأسس والمبادئ، أهمها:

1- الأساس الديني والأخلاقي:

إن تعاليم ديننا الإسلامي الحنيف تحض على المساواة في الحقوق والتكافل الاجتماعي ورعاية المجتمع لأبنائه الضعفاء، وما من شك في أن تطوير برامج التربية الخاصة بشكل ترجمة فعلية لهذه التوجيهات، وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار أيضاً التمسّير والمواثيق العالمية سواء ما يتعلق منها بحقوق الإنسان أو الإعلانات العالمية لحقوق المعوقين وما تضمنتها من توجيهات أخلاقية، نوجد أن المجتمع الإنساني بأسره يعتبر خدمات المعاقين واحدة من المؤشرات الحضارية لأي مجتمع من المجتمعات.



2- الأساس القانوني:

إن الحصول على فرص التعليم المناسبة حق يكفله القانون، بل إنه في ظل إلزامية التعليم يصبح واجباً على الفرد أيضاً، كما أن الأخذ بمبدأ ديمقراطية التعليم يتطلب الالتزام المجتمعي بتوفير فرص التعليم لجميع فئات المجتمع بغض النظر عما يتطلبه ذلك من تعديلات في نمط الخدمات التربوية، وتشكل الإعلانات العالمية والنصوص التي صدرت عن مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحدة معترفاً عالمياً واسماً بحقوق المعاقين. وهذا الاعتراف يقضي بضرورة التزام دول العالم أجمع بتنفيذ تلك الإعلانات والسياسات من خلال إقرار تشريعات وقوانين تكفل هذه الحقوق وتضمن وضع خطط عمل وطنية لتنفيذها، ومن الأمثلة على تلك الإعلانات واللوائح التشريعية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي ينص على أن "جميع الأفراد ولدوا أحراراً يتمتعون بالكرامة الإنسانية، ولهم نفس الحقوق في التعليم والعمل والراحة والاستمتاع". وكذلك ما صدر سنة 1975 من "وجود احترام الكرامة الإنسانية للمعوقين وحماية حقوقهم الأساسية أسوة بأقرانهم في المجتمع، بغض النظر عن مصدر أو طبيعة أو شدة إعاقاتهم".

أما برنامج العمل العالمي للمعوقين والذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1983 فتأكد على حق المعوقين في المساواة والمشاركة المتكافئة في أنشطة الحياة المختلفة أسوة ببقية أفراد المجتمع. كما أن الاجتماع الخاص بحقوق الطفل الذي عقدته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1989 أشار إلى حق "المعوقين جسدياً أو عقلياً في حياة كريمة تعزز من قدرتهم على الاعتماد على النفس وتيسير مشاركتهم في حياة المجتمع".

وقد تضمن الإعلان العالمي حول "التربية للجميع" والذي يمثل التطلع نحو المستقبل، العديد من المواد والفقرات التي تنص صراحة على حقوق المعوقين في التعليم، فالفقرة (5) من المادة (4) تنص على "ضرورة اتخاذ خطوات إلزامية



الفصل الأول: المبادئ والمفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

لضمان حصول مختلف فئات المعوقين على فرص تعليم ملائمة كجزء من خدمات النظام التربوي العام، أما الفقرة 1) من المادة (8) فطالبت بأولوية توسيع خدمات الصفوة المبكرة والأنشطة التوعائية خاصة للأطفال الفقراء والمعوقين بما في ذلك تدخل العائلة والمجتمع.

وقد عمد البيان العالمي الذي أقره المؤتمر العالمي حول التربية للجميع إلى إبراز عدد من المبادئ، منها:

- 1- الحق لكل طفل في مرحلة كاملة من التعليم الأساسي.
- 2- الالتزام بمفهوم التعليم انبثي يكرس معززة الطفل، ويعترف فيه بالحقائق انبثدية باعتبارها مصدراً لثراء والتنوع.
- 3- ضرورة تحسين نوعية التعليم.
- 4- زياده مشاركة أولياء الأمور وخاصة الآباء وكذلك المجتمع المحلي في جهود التعليم.
- 5- بذل مزيد من الجهود من أجل تعليم المتخارجين بما فيهم ذوي الاحتياجات الخاصة مهارات القراءة والكتابة والحساب، وكذلك المهارات الأخرى.

هذا وقد تضمنت جميع دساتير دول العالم في نصوصها إشارات واضحة تكفل حقوق جميع أفراد المجتمع وثلية حاجاتهم الأساسية، ولم يستثن من هذه الحقوق فئة المعاقين أو أية فئة من فئات المجتمع.

3- الأساس الاقتصادي:

لما كانت أهم أهداف التربية هي إعداد الفرد لتجياة وتزويده بالمهارات والمعلومات اللازمة لأن يكون عضواً نافعاً بالمجتمع، وقادراً على تحقيق درجة كافية من الاستقلالية والكفاية الذاتية، فإن إهمال تعليم انطالاب الذين يواجهون صعوبات مختلفة بحجة حاجتهم إلى نمط خاص من التعليم، سيحرم



المجتمع من جزء غير يسير من طاقة أبنائه. كما سينجم عن ذلك خلق فئة مدقة مستحكون عيئاً على المجتمع وتتطلب رعايته المستمرة. إن تقدير تكاليف مثل تلك الرعاية المادية والبشرية المترتبة على تحويل قطاع من العاملين من مجالات الإنتاج إلى مجال تنظيم وإدارة برامج الرعاية لذوي الحاجات الخاصة يعتبر هاملاً. وهذا يعنى أن حرمان هؤلاء الأطفال من فرص التعليم لا يترتب عليه خلق فئة معاقة فقط، بل تحويل نشاط فئة أخرى من الأفراد لشغل فى مجال رعاية هذه الفئة بدلاً من الإسهام فى الأنشطة الإنتاجية المختلفة، مما يعنى أن التكلفة على المجتمع تصبح مزدوجة.

أما فيما يتعلق بتوفير الفرص التعليمية المناسبة للمتعوقين والموهوبين فإنه الوسيلة الأمثل لاستثمار المواد البشرية وذات جدوى اقتصادية وأهمية حضارية وذلك نظراً لأن أبناء المجتمع المتعوقين والموهوبين هم قادة المستقبل وعضء المجتمع فى مخاض التنمية والتقدم، وباختصار، فإن مختلف المصادر تجمع على أن انحدود الاقتصادى المنظور وغير المنظور لخدمات التربية الخاصة يفوق عوائد الاستثمار فى الكثير من المشروعات الاقتصادية.

ومن الناحية التاريخية، فقد مرت خدمات التربية الخاصة بأربعة مراحل أساسية هى:

1- مرحلة الرفض والعزل:

تصمت هذه المرحلة بشيوع بعض المعتقدات الخاطئة حيال المعوقين والتي أدت فى كثير من الأحيان إلى رفضهم وعزلهم عن المجتمع. وفى بعض الحالات المتطرفة كان يتم التخلص منهم بقتلهم أو اعتبارهم شياطين وأرواح شريرة، أو أنهم عقاب من الآلهة للأسرة.



2- مرحلة الرعاية المؤسسية:

بدأ ظهور خدمات المعوقين على نحو منظم في أواخر القرن التاسع عشر وبدايات القرن الحالي، في بعض الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية، ولقد اتخدت تلك الخدمات النمط الإيوائي المتمثل في تقديم المأوى والغذاء والرعاية الصحية الأساسية، واستندت الخدمات في تلك المرحلة إلى شئاع المبر والإحسان المرتبطة بالعاطفة الدينية والمبادرات الفردية لبعض أفراد من الأطباء والمربين. وشيئاً فشيئاً ازداد عدد تلك المؤسسات وتركز الداخلية، ثم بدأت بعض المبادرات تنتج نحو تقديم بعض البرامج التعليمية للصم والبكم وفي حين أن وجه الخصوص. وفي هذه المرحلة أخذت المجتمعات أيضاً تعتمد في إيوائهم بمؤسسات معزولة عن المجتمع توفر لهم خدمات الأكل والشرب والملبس والإيواء والرعاية الصحية والأولية. وفي فترات لاحقة من هذه المرحلة تم إنشاء بعض المعاهد والمراكز التعليمية الداخلية الخاصة بالمعوقين يتم فيها تقديم التدريب والدمية داخل تلك المراكز بعيداً عن الأسرة وبدون مشاركتها أو تدخلها. وفي معظم الأحيان كان المعوق يقضي حياته كاملة داخل المركز بعيداً عن أسرته ومجتمعه، وبنيت النظرة إنيه باعتباره معسر صعب أو مشكلة تحاول الأسرة إخفاها قدر الإمكان.

3- مرحلة التأهيل والتدريب:

مع نهاية الحرب العالمية الثانية وما تسببت فيه من زيادة كبيرة جداً في حالات الإعاقة، أصبحت الحاجة أكثر إلحاحاً إلى توفير برامج لتأهيل الملائة وفي مراجعة النقص في فواتر هذه البرامج عمد المعززون وأولياء أمورهم والمهتمون إلى إنشاء الجمعيات التطوعية التي تعنى بتقديم تلك الخدمات، ومطالبة الحكوة بالاهتمام بقضية المعوقين على نحو أفضل. في ذات الوقت شهدت ميلادين الحلب وعام النفس والتربية تقدماً كبيراً مما سمح في تحقيق فهم أفضل



للإعاقة من حيث الأسباب وطرق العلاج وأساليب التعليم وغير ذلك من انضامات مترابطة بها.

وفي هذه المرحلة تغيرت النظرة للمعوقين، وأصبحت المجتمعات تظهر اهتماماً متزايداً بهم على نحو أو آخر. ولم تعد خدمتهم تقتصر على الرعاية والتدريب الخاصين، بل أصبحت تهدف إلى تعليمهم وإعدادهم لهن من استقلالية الكفاءة. أما بالنسبة للاتجاهات الاجتماعية حيالهم فلم تعد تركز فقط على جوانب عجزهم وإنما أصبحت تأخذ بالاعتبار جوانب القوة وما يتوفر لديهم من قدرات وإمكانات. وقد ساد في بداية هذه المرحلة تقديم الخدمات من خلال مؤسسات كبيرة أو مراكز خاصة.

4- مرحلة الإدماج (Mainstreaming)

شهدت أواسط الستينيات من القرن الماضي تحولاً كبيراً في مجال خدمات المعوقين، وجاء هذا التحول مستفيداً من إنجازات حركة الدفاع عن الحقوق المدنية ومناهضة التمييز العنصري في الولايات المتحدة الأمريكية. ولعبت جمعيات الأهلى ومنظمات المعوقين دوراً كبيراً في لفت انتباه الحكومة وفتات المجتمع إلى الضرر الفادح الذى يتعرض له المعوقون في مؤسسات الرعاية.

وتتميز هذه المرحلة بشأن المجتمع الإنسانى أصبح أكثر تفهماً لخصائص المعوقين وحاجاتهم والبدائل التربوية المتاحة لهم. فلم يعد ينظر إلى الإعاقة على أنها مجرد مشكلة لدى الشخص، وإنما نتيجة للعلاقة المؤسسية بين الفرد وبيئته. فظهر مفهوم الإدماج أوضح ما يكون من خلال شعار السسة الدولية للمعوقين (1981)، وسادت مفاهيم من مثل "المساواة والمشاركة الكاملة والتربية للجميع" و "مجتمع للجميع" التى تشير بمجملها إلى مسؤولية المجتمع حيال أفرادء. ثم جاء الإعلان العالمى الذى ينص على "التربية للجميع" لتتوجأ لأبرز سمات هذه المرحلة حيث بدأت فى الستينات الأخيرة المساهمة بضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية





مظاهر التمييز تجاههم. وقد سبق مفهوم الدمج ظهور مفهوم العادية (Normalization) الذي يقصد به الاقتراب بالمعوقين ما أمكن من حياة العاديين وإبعادهم عن الخدمات المؤسسية المنعزلة، وكذلك التعامل معهم على نحو طبيعي.

وعلى العموم، فإنه يمكن إجمال أبرز التطورات التي حدثت في العقود القليلة الماضية في النقاط التالية:

١- لم تعد عملية التقييم تشخيصية تهدف فقط إلى إعطاء لقب لنطفل، بل إنها أصبحت تهدف إلى تقديم وصف عن التلميذ واحتياجاته والخدمات اللازمة له. كما أن الاختبارات لم تعد الوسيلة الوحيدة لتحقيق هذا الغرض، إذ أصبح التقييم يشتمل على جميع الجوانب الشخصية والمهنية لنطفل وبمشاركة أسرته أيضاً.

٢- تقضي الاتجاهات التربوية الحديثة استبدال وتفسير المصطلحات والمسميات المستخدمة في التشخيص والتصنيف. وقد برز حديثاً مسمى "نوى الاحتياجات التعليمية الخاصة" بدلاً من مصطلح "معاقين" الذي يعبر عن الوضع بالإعاقة وما لها من آثار نفسية سلبية على الفرد طوال حياته، إضافة إلى أنه يكرس استمرار معارضة عزل هذه الفئة.

٣- اختلاف النظرة إلى خدمات المعوقين من نظرة قائمة على الخير والبر والإحسان إلى نظرة تستند إلى الحقوق الأساسية للأفراد.

٤- تم الاعتراف بحقوق المعوقين من خلال الأطر التشريعية المناسبة، وأصبح الوفاء بهذه الحقوق جزءاً من السياسات والخطط التنموية في المجالات المختلفة.

٥- تغير دور جمعيات أهلي والمعوقين والهيئات التطوعية الأخرى في الدول العربية من تقديم الخدمات التأهيلية المباشرة إلى دور رقابي على نوعية



الخدمات التي تقدمها المؤسسات، وحماية حقوق المعوقين والدفع من مصالحهم (Advocacy Services).

6- الاتجاه إلى تطبيق الخدمات المقدمة للمعوقين والمناداة باندماج التربوي والاجتماعي وانتهى ونفذت الخدمات التي تقوم على العزل.

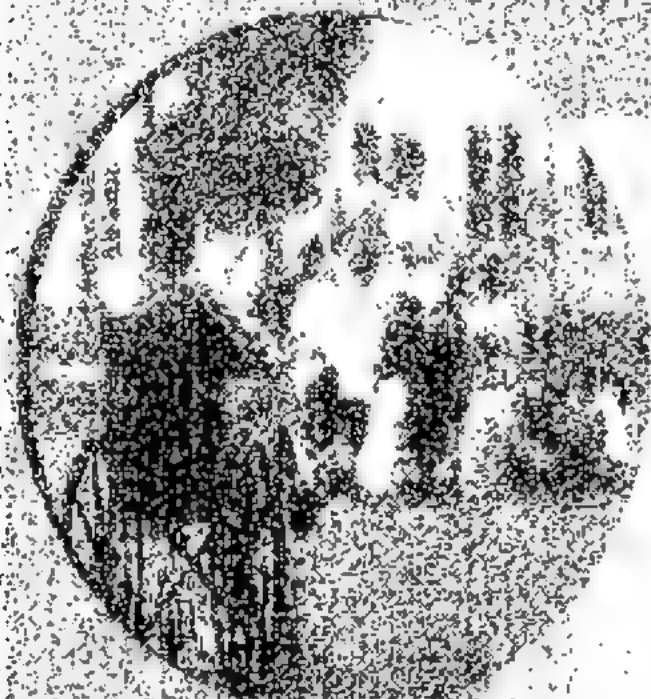
7- لتأكيد على الأهمية التي أصبحت تزنيها تلك المجتمعات للمعوقين وخدماتهم، أقدم العديد من الحكومات على إنشاء الأطر الإدارية المناسبة للنهوض بهذه الخدمات، فأنشئت المجالس الوطنية والإدارات المتخصصة لهذا الغرض.

8- ثم يعد الاهتمام بقضية الإعاقة قاصراً على المجتمعات المتقدمة، بل إن الدور الإنمائية هي الأخرى أظهرت اهتماماً وإن بقي هذا الاهتمام شكلياً في بعض الأحيان بحكم الضغوطات والمواقف الاقتصادية والسياسية التي تعاني منها معظم دول العالم النامي، وتطور هذا الاهتمام العالمي بقضية الإعاقة من خلال نهجية العامة للأمم المتحدة التي أقرت في عام 1980 مشروع القرار المقترح من ليبيا باعتبار العام 1981 عاماً دولياً للمعوقين، ومن ثم اختيار العقد 1981-1991 عقداً للمعوقين.

9- أصبحت خدمات المعوقين تستند إلى أسس علمية، وبرزت في الجامعات ومعاهد التعليم العالي تخصصات متميزة في هذا المجال تمنح مختلف الدرجات العلمية، فأصبحت التربية الخاصة والتأهيل وغيرها من مجالات التخصص مجالات علمية معترف بها، تعد المختصين للعمل في مجالات الإعاقة المختلفة.



الكتاب الثاني
الكتاب الثالث



2



الفصل الثاني

المعاقون عقلياً

نظرة استهلاكية لدى الاهتمام بالمعاقين عقلياً قديماً وحديثاً:

تعد الإعاقة العقلية مشكلة قديمة جداً قدم وجود الإنسان وقد اختلفت النظرة إليها عبر الزمان ولم تكن.

وترتبط هذه المشكلة ارتباطاً كبيراً بدرجة الوعي والتحضر لدى مجتمع من المجتمعات لأن الاهتمام بها يعبر عن وعي الإنسان بإنسانيته، لذلك يعد الاهتمام بالمعاقين عقلياً بشكل خاص والمعاقين بشكل عام إحدى النماط التي يمكن من خلالها قياس تحضر أي دولة من دول العالم، وبما أن درجة الوعي المرتبطة بالتحضر تم يكن على درجة واحدة عبر التاريخ إذ هي في زيادة مستمرة. لذلك لم يكن هناك اهتمام بالمعاقين عقلياً عبر العهود القديمة. فكانت النظرة إليهم ضالمة غير راعية لأخطاء غالباً ما يكون الآباء هم المسؤولون عنها، فلم تكن النظرة إليهم نظرة طبيعية تسوة بأقرانهم المعاقين، فمثلاً كانوا يعدونهم من أبناء الشياطين؛ وأنهم عالة على المجتمع، ويجب التخلص منهم بأي شكل من الأشكال لما تحمله أجسادهم من أرواح شريرة، لذلك فقد تعرضوا إلى أشكال متعددة من التعذيب كالقتل والخنق والرمي في البحر، وترك في المناطق الخالية، وقد أقر قانون حمورابي الذي يمثل قرون قديمة قبل الميلاد إلى أن لرئيس القبيلة الحق من التخلص من الضعفاء وأوتهم المعاقين عقلياً.

لقد ركز اليونان والرومان مثلاً على الأقوياء من الرجال سواء من الناحية الجسمية والعقلية لأنهم أقدر الناس على أخذ زمام المبادرة للتهوض بأي مرهق من مرهق الحياة، بينما الضعفاء وأولهم المعاقون عقلياً هم عالة على المجتمع، ويجب



التخلص منهم لأن وجودهم هو ضعف ويقادهم يعد تجسيدا لذلك الضعف، بينما العناية والرعاية للقوى عقليا وجسميا يعد تقدما ونهوضا وتحسين للجنس البشرى. ويرى أفلاطون في أثينا أن تقتصر العناية والرعاية بأصحاب الاجسام انقوية والعقول السليمة إذ أن الحياة للأقوياء ولا وجود للضعفاء.

فكانت هذه هي النظرة السائدة عبر العهود السابقة، وفي السيرة كانت تشكل لجنة من الأعيان وشيوخ المدينة للنظر في حالة المعاقين المولودين، وكانت تقرر في أحقية البقاء أو الخلاص منهم عند الولادة.

وفي العصور الوسطى كانت النظرة لضعاف العقل بأنهم من أبناء الشياطين، وكانت أحداث البلاء والمعصية غير المفهومة تترجم على أنها لغة يتشاورون بها مع آباؤهم.

أما العرب قبل الإسلام فكانوا يعتقدون بالحن ويخافونه وهم موجودون في المناطق الخالية الجرداء، وقد عاشوا الماعاق عقليا مجنونا والمجنون صرخته جننة والمجنونة سرعها جنى، حيث كان الناس لا يفرقون بين المرحض العتلى والعوق العقل. ولابد لنا أن نقف فخر واعتزاز لديننا الحنيف الذى جسد الإنسانية بكل معانيها عند عاتب الله سبحانه وتعالى رسوله الكريم من موقفه من عبد الله بن مكتوم لعدم الاهتمام به والانصات إليه فنزلت الآية الحكيمية (لَا يَسْرُورُ لَكَ أَنْ يَكُونَ الْأَعْمَى) والتي عمت فيما بعد إلى كل من يحتاج إلى عناية واهتمام حيث أصبحت منهجا يتبعه المسلمون حقا تجسيدا لتعاليم السماء فى الأرض، هذا الجليل بن الملك يبنى أول مستشفى لمعالجة المعاقين عقليا عام (88) هـ (707)م والذى يعد أول مستشفى من نوعه فى العالم. وقد بنى منصور دارا للعزة والأيتام، وأخرى لمعالجة الجنون، وأنشأ هارون الرشيد دارا أسماها باسمه وكذلك فعل البرامكة، وأنشأ أحمد بن غياور فى مصر دارا عام (259)هـ، وكذلك صلاح الدين الأيوبي عام (578)هـ (1182)م.





الفصل الثاني: المعاقون عقلياً

ولقد كان للأطباء العرب دور كبير في مجال رعاية المعاقين نفسياً وعقلياً
وستخدموا وسائل للعلاج من الأمراض المستعصية.

ونتيجة للتطور الحاصل في مجال العلم والاكتشافات التي حدثت في
العالم والتي ساعدت على معرفة كثيراً من الأمور الجزئية للحقائق التي كانت
غير واضحة للعالم مما جعل الإنسان يدرك كثير من الأسباب التي تؤدي إلى
الإعاقة بشخص عام والإعاقة العقلية بشكل خاص بعدما كانت تنسب إلى
الشياطين والجن.

وتعد محاولة إيتارد في نهاية القرن الثامن عشر المحاولة النظامية الأولى
لدراسة الإعاقة العقلية كما أجمع على ذلك المهتمون، أي بداية مرحلة التربية
والتأهيل، وكان ذلك عقب الثورة الفرنسية، عفا ما عثر أحد الصيادين في غابة
أفيريون الفرنسية على طفل في العاشرة من عمره يعيش مع الكلاب، ويتم سرف
مثله، فهو يمشي على أريعه، ويأكل اللحم النيء، شخص هذا الطفل على أنه
سعدوه (أي درجة ذكاؤه أقل من 20).

وطلق عليه اسم (فيكتور) وأخذ إيتارد الذي كان يعمل مديراً لمعهد الصم
و'بكم في باريس، هذا الطفل، وعمل معه خمس سنوات، لكنه لم يفلح في
تعليمه القراءة والكتابة، وعندما وصل الطفل إلى مرحلة البلوغ تخلى إيتارد عنه
بعد أن حقق بعض التقدم في الجانب الاجتماعي.

أم يترك فيكتور تماماً وإنما قام سيجوين أحد طلاب إيتارد على عمل
بعض التجارب والاختبارات غير اللفظية لفهمهم مع هذا الطفل، والذي ساعد على
تطور أبحاث في قياس الضعف العقلي، ولا تزال لوحة سيجوين الشهيرة تستعمل
حتى الآن في اختبار الذكاء.

وأنشأ سيجوين عام 1837م أول مدرسة لتعليم ضعاف السمع، وكانت
الأولى من نوعها في أوروبا، ترك سيجوين فرنسا عام 1848 وذهب إلى الولايات



١-٢-٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩-١٠-١١-١٢-١٣-١٤-١٥-١٦-١٧-١٨-١٩-٢٠-٢١-٢٢-٢٣-٢٤-٢٥-٢٦-٢٧-٢٨-٢٩-٣٠-٣١-٣٢-٣٣-٣٤-٣٥-٣٦-٣٧-٣٨-٣٩-٤٠-٤١-٤٢-٤٣-٤٤-٤٥-٤٦-٤٧-٤٨-٤٩-٥٠-٥١-٥٢-٥٣-٥٤-٥٥-٥٦-٥٧-٥٨-٥٩-٦٠-٦١-٦٢-٦٣-٦٤-٦٥-٦٦-٦٧-٦٨-٦٩-٧٠-٧١-٧٢-٧٣-٧٤-٧٥-٧٦-٧٧-٧٨-٧٩-٨٠-٨١-٨٢-٨٣-٨٤-٨٥-٨٦-٨٧-٨٨-٨٩-٩٠-٩١-٩٢-٩٣-٩٤-٩٥-٩٦-٩٧-٩٨-٩٩-١٠٠-١٠١-١٠٢-١٠٣-١٠٤-١٠٥-١٠٦-١٠٧-١٠٨-١٠٩-١١٠-١١١-١١٢-١١٣-١١٤-١١٥-١١٦-١١٧-١١٨-١١٩-١٢٠-١٢١-١٢٢-١٢٣-١٢٤-١٢٥-١٢٦-١٢٧-١٢٨-١٢٩-١٣٠-١٣١-١٣٢-١٣٣-١٣٤-١٣٥-١٣٦-١٣٧-١٣٨-١٣٩-١٤٠-١٤١-١٤٢-١٤٣-١٤٤-١٤٥-١٤٦-١٤٧-١٤٨-١٤٩-١٥٠-١٥١-١٥٢-١٥٣-١٥٤-١٥٥-١٥٦-١٥٧-١٥٨-١٥٩-١٦٠-١٦١-١٦٢-١٦٣-١٦٤-١٦٥-١٦٦-١٦٧-١٦٨-١٦٩-١٧٠-١٧١-١٧٢-١٧٣-١٧٤-١٧٥-١٧٦-١٧٧-١٧٨-١٧٩-١٨٠-١٨١-١٨٢-١٨٣-١٨٤-١٨٥-١٨٦-١٨٧-١٨٨-١٨٩-١٩٠-١٩١-١٩٢-١٩٣-١٩٤-١٩٥-١٩٦-١٩٧-١٩٨-١٩٩-٢٠٠-٢٠١-٢٠٢-٢٠٣-٢٠٤-٢٠٥-٢٠٦-٢٠٧-٢٠٨-٢٠٩-٢١٠-٢١١-٢١٢-٢١٣-٢١٤-٢١٥-٢١٦-٢١٧-٢١٨-٢١٩-٢٢٠-٢٢١-٢٢٢-٢٢٣-٢٢٤-٢٢٥-٢٢٦-٢٢٧-٢٢٨-٢٢٩-٢٣٠-٢٣١-٢٣٢-٢٣٣-٢٣٤-٢٣٥-٢٣٦-٢٣٧-٢٣٨-٢٣٩-٢٤٠-٢٤١-٢٤٢-٢٤٣-٢٤٤-٢٤٥-٢٤٦-٢٤٧-٢٤٨-٢٤٩-٢٥٠-٢٥١-٢٥٢-٢٥٣-٢٥٤-٢٥٥-٢٥٦-٢٥٧-٢٥٨-٢٥٩-٢٦٠-٢٦١-٢٦٢-٢٦٣-٢٦٤-٢٦٥-٢٦٦-٢٦٧-٢٦٨-٢٦٩-٢٧٠-٢٧١-٢٧٢-٢٧٣-٢٧٤-٢٧٥-٢٧٦-٢٧٧-٢٧٨-٢٧٩-٢٨٠-٢٨١-٢٨٢-٢٨٣-٢٨٤-٢٨٥-٢٨٦-٢٨٧-٢٨٨-٢٨٩-٢٩٠-٢٩١-٢٩٢-٢٩٣-٢٩٤-٢٩٥-٢٩٦-٢٩٧-٢٩٨-٢٩٩-٣٠٠-٣٠١-٣٠٢-٣٠٣-٣٠٤-٣٠٥-٣٠٦-٣٠٧-٣٠٨-٣٠٩-٣١٠-٣١١-٣١٢-٣١٣-٣١٤-٣١٥-٣١٦-٣١٧-٣١٨-٣١٩-٣٢٠-٣٢١-٣٢٢-٣٢٣-٣٢٤-٣٢٥-٣٢٦-٣٢٧-٣٢٨-٣٢٩-٣٣٠-٣٣١-٣٣٢-٣٣٣-٣٣٤-٣٣٥-٣٣٦-٣٣٧-٣٣٨-٣٣٩-٣٤٠-٣٤١-٣٤٢-٣٤٣-٣٤٤-٣٤٥-٣٤٦-٣٤٧-٣٤٨-٣٤٩-٣٥٠-٣٥١-٣٥٢-٣٥٣-٣٥٤-٣٥٥-٣٥٦-٣٥٧-٣٥٨-٣٥٩-٣٦٠-٣٦١-٣٦٢-٣٦٣-٣٦٤-٣٦٥-٣٦٦-٣٦٧-٣٦٨-٣٦٩-٣٧٠-٣٧١-٣٧٢-٣٧٣-٣٧٤-٣٧٥-٣٧٦-٣٧٧-٣٧٨-٣٧٩-٣٨٠-٣٨١-٣٨٢-٣٨٣-٣٨٤-٣٨٥-٣٨٦-٣٨٧-٣٨٨-٣٨٩-٣٩٠-٣٩١-٣٩٢-٣٩٣-٣٩٤-٣٩٥-٣٩٦-٣٩٧-٣٩٨-٣٩٩-٤٠٠-٤٠١-٤٠٢-٤٠٣-٤٠٤-٤٠٥-٤٠٦-٤٠٧-٤٠٨-٤٠٩-٤١٠-٤١١-٤١٢-٤١٣-٤١٤-٤١٥-٤١٦-٤١٧-٤١٨-٤١٩-٤٢٠-٤٢١-٤٢٢-٤٢٣-٤٢٤-٤٢٥-٤٢٦-٤٢٧-٤٢٨-٤٢٩-٤٣٠-٤٣١-٤٣٢-٤٣٣-٤٣٤-٤٣٥-٤٣٦-٤٣٧-٤٣٨-٤٣٩-٤٤٠-٤٤١-٤٤٢-٤٤٣-٤٤٤-٤٤٥-٤٤٦-٤٤٧-٤٤٨-٤٤٩-٤٥٠-٤٥١-٤٥٢-٤٥٣-٤٥٤-٤٥٥-٤٥٦-٤٥٧-٤٥٨-٤٥٩-٤٦٠-٤٦١-٤٦٢-٤٦٣-٤٦٤-٤٦٥-٤٦٦-٤٦٧-٤٦٨-٤٦٩-٤٧٠-٤٧١-٤٧٢-٤٧٣-٤٧٤-٤٧٥-٤٧٦-٤٧٧-٤٧٨-٤٧٩-٤٨٠-٤٨١-٤٨٢-٤٨٣-٤٨٤-٤٨٥-٤٨٦-٤٨٧-٤٨٨-٤٨٩-٤٩٠-٤٩١-٤٩٢-٤٩٣-٤٩٤-٤٩٥-٤٩٦-٤٩٧-٤٩٨-٤٩٩-٥٠٠-٥٠١-٥٠٢-٥٠٣-٥٠٤-٥٠٥-٥٠٦-٥٠٧-٥٠٨-٥٠٩-٥١٠-٥١١-٥١٢-٥١٣-٥١٤-٥١٥-٥١٦-٥١٧-٥١٨-٥١٩-٥٢٠-٥٢١-٥٢٢-٥٢٣-٥٢٤-٥٢٥-٥٢٦-٥٢٧-٥٢٨-٥٢٩-٥٣٠-٥٣١-٥٣٢-٥٣٣-٥٣٤-٥٣٥-٥٣٦-٥٣٧-٥٣٨-٥٣٩-٥٤٠-٥٤١-٥٤٢-٥٤٣-٥٤٤-٥٤٥-٥٤٦-٥٤٧-٥٤٨-٥٤٩-٥٥٠-٥٥١-٥٥٢-٥٥٣-٥٥٤-٥٥٥-٥٥٦-٥٥٧-٥٥٨-٥٥٩-٥٦٠-٥٦١-٥٦٢-٥٦٣-٥٦٤-٥٦٥-٥٦٦-٥٦٧-٥٦٨-٥٦٩-٥٧٠-٥٧١-٥٧٢-٥٧٣-٥٧٤-٥٧٥-٥٧٦-٥٧٧-٥٧٨-٥٧٩-٥٨٠-٥٨١-٥٨٢-٥٨٣-٥٨٤-٥٨٥-٥٨٦-٥٨٧-٥٨٨-٥٨٩-٥٩٠-٥٩١-٥٩٢-٥٩٣-٥٩٤-٥٩٥-٥٩٦-٥٩٧-٥٩٨-٥٩٩-٦٠٠-٦٠١-٦٠٢-٦٠٣-٦٠٤-٦٠٥-٦٠٦-٦٠٧-٦٠٨-٦٠٩-٦١٠-٦١١-٦١٢-٦١٣-٦١٤-٦١٥-٦١٦-٦١٧-٦١٨-٦١٩-٦٢٠-٦٢١-٦٢٢-٦٢٣-٦٢٤-٦٢٥-٦٢٦-٦٢٧-٦٢٨-٦٢٩-٦٣٠-٦٣١-٦٣٢-٦٣٣-٦٣٤-٦٣٥-٦٣٦-٦٣٧-٦٣٨-٦٣٩-٦٤٠-٦٤١-٦٤٢-٦٤٣-٦٤٤-٦٤٥-٦٤٦-٦٤٧-٦٤٨-٦٤٩-٦٥٠-٦٥١-٦٥٢-٦٥٣-٦٥٤-٦٥٥-٦٥٦-٦٥٧-٦٥٨-٦٥٩-٦٦٠-٦٦١-٦٦٢-٦٦٣-٦٦٤-٦٦٥-٦٦٦-٦٦٧-٦٦٨-٦٦٩-٦٧٠-٦٧١-٦٧٢-٦٧٣-٦٧٤-٦٧٥-٦٧٦-٦٧٧-٦٧٨-٦٧٩-٦٨٠-٦٨١-٦٨٢-٦٨٣-٦٨٤-٦٨٥-٦٨٦-٦٨٧-٦٨٨-٦٨٩-٦٩٠-٦٩١-٦٩٢-٦٩٣-٦٩٤-٦٩٥-٦٩٦-٦٩٧-٦٩٨-٦٩٩-٧٠٠-٧٠١-٧٠٢-٧٠٣-٧٠٤-٧٠٥-٧٠٦-٧٠٧-٧٠٨-٧٠٩-٧١٠-٧١١-٧١٢-٧١٣-٧١٤-٧١٥-٧١٦-٧١٧-٧١٨-٧١٩-٧٢٠-٧٢١-٧٢٢-٧٢٣-٧٢٤-٧٢٥-٧٢٦-٧٢٧-٧٢٨-٧٢٩-٧٣٠-٧٣١-٧٣٢-٧٣٣-٧٣٤-٧٣٥-٧٣٦-٧٣٧-٧٣٨-٧٣٩-٧٤٠-٧٤١-٧٤٢-٧٤٣-٧٤٤-٧٤٥-٧٤٦-٧٤٧-٧٤٨-٧٤٩-٧٥٠-٧٥١-٧٥٢-٧٥٣-٧٥٤-٧٥٥-٧٥٦-٧٥٧-٧٥٨-٧٥٩-٧٦٠-٧٦١-٧٦٢-٧٦٣-٧٦٤-٧٦٥-٧٦٦-٧٦٧-٧٦٨-٧٦٩-٧٧٠-٧٧١-٧٧٢-٧٧٣-٧٧٤-٧٧٥-٧٧٦-٧٧٧-٧٧٨-٧٧٩-٧٨٠-٧٨١-٧٨٢-٧٨٣-٧٨٤-٧٨٥-٧٨٦-٧٨٧-٧٨٨-٧٨٩-٧٩٠-٧٩١-٧٩٢-٧٩٣-٧٩٤-٧٩٥-٧٩٦-٧٩٧-٧٩٨-٧٩٩-٨٠٠-٨٠١-٨٠٢-٨٠٣-٨٠٤-٨٠٥-٨٠٦-٨٠٧-٨٠٨-٨٠٩-٨١٠-٨١١-٨١٢-٨١٣-٨١٤-٨١٥-٨١٦-٨١٧-٨١٨-٨١٩-٨٢٠-٨٢١-٨٢٢-٨٢٣-٨٢٤-٨٢٥-٨٢٦-٨٢٧-٨٢٨-٨٢٩-٨٣٠-٨٣١-٨٣٢-٨٣٣-٨٣٤-٨٣٥-٨٣٦-٨٣٧-٨٣٨-٨٣٩-٨٤٠-٨٤١-٨٤٢-٨٤٣-٨٤٤-٨٤٥-٨٤٦-٨٤٧-٨٤٨-٨٤٩-٨٥٠-٨٥١-٨٥٢-٨٥٣-٨٥٤-٨٥٥-٨٥٦-٨٥٧-٨٥٨-٨٥٩-٨٦٠-٨٦١-٨٦٢-٨٦٣-٨٦٤-٨٦٥-٨٦٦-٨٦٧-٨٦٨-٨٦٩-٨٧٠-٨٧١-٨٧٢-٨٧٣-٨٧٤-٨٧٥-٨٧٦-٨٧٧-٨٧٨-٨٧٩-٨٨٠-٨٨١-٨٨٢-٨٨٣-٨٨٤-٨٨٥-٨٨٦-٨٨٧-٨٨٨-٨٨٩-٨٩٠-٨٩١-٨٩٢-٨٩٣-٨٩٤-٨٩٥-٨٩٦-٨٩٧-٨٩٨-٨٩٩-٩٠٠-٩٠١-٩٠٢-٩٠٣-٩٠٤-٩٠٥-٩٠٦-٩٠٧-٩٠٨-٩٠٩-٩١٠-٩١١-٩١٢-٩١٣-٩١٤-٩١٥-٩١٦-٩١٧-٩١٨-٩١٩-٩٢٠-٩٢١-٩٢٢-٩٢٣-٩٢٤-٩٢٥-٩٢٦-٩٢٧-٩٢٨-٩٢٩-٩٣٠-٩٣١-٩٣٢-٩٣٣-٩٣٤-٩٣٥-٩٣٦-٩٣٧-٩٣٨-٩٣٩-٩٤٠-٩٤١-٩٤٢-٩٤٣-٩٤٤-٩٤٥-٩٤٦-٩٤٧-٩٤٨-٩٤٩-٩٥٠-٩٥١-٩٥٢-٩٥٣-٩٥٤-٩٥٥-٩٥٦-٩٥٧-٩٥٨-٩٥٩-٩٦٠-٩٦١-٩٦٢-٩٦٣-٩٦٤-٩٦٥-٩٦٦-٩٦٧-٩٦٨-٩٦٩-٩٧٠-٩٧١-٩٧٢-٩٧٣-٩٧٤-٩٧٥-٩٧٦-٩٧٧-٩٧٨-٩٧٩-٩٨٠-٩٨١-٩٨٢-٩٨٣-٩٨٤-٩٨٥-٩٨٦-٩٨٧-٩٨٨-٩٨٩-٩٩٠-٩٩١-٩٩٢-٩٩٣-٩٩٤-٩٩٥-٩٩٦-٩٩٧-٩٩٨-٩٩٩-١٠٠٠

المفحة: الأمريكية ليونس أول ثلاثة معاهد للمعاقين عقلياً والتي شكلت اللبنة الأساسية لمعالجة وتعليم المعاقين عقلياً في أمريكا منذ عام (1870) وحتى يومنا هذا، أما أهم المبادئ التي أكد عليها سيجوين فهي:

- 1- أن ينظر إلى الطفل بشكل كلي وعلى أن يجري تعليمه على هذا الأساس.
 - 2- أن يبنى اتعلم وفق قدرات الطفل وفهمه.
 - 3- يجري التأكيد على الأشياء المحسوسة الواقعية ويكون ذلك عن طريق الأنشطة وخاصة الحسية.
- وكان ماري مونتسوري اهتماماً بالمعاقين عقلياً حيث درست أعمال إيتارد وسيجوين وتوصلت إلى استنتاج أن سبب الإعاقة العقلية تربوي أكثر منه مادي. لذلك تعد ماري مونتسوري من الأوائل الذين ناشدوا بالتدريب والإعداد الجيد للمعلمين وخاصة في حقل التربية الخاصة.
- وفي بداية القرن العشرين، قضى بينيه سنوات عديدة في دراسة الأطفال المعاقين عقلياً في المدارس والمستشفيات، الأمر الذي جعله يطور الاختبارات لتقدير مستويات الذكاء عند الأطفال.
- ويعتمد بينيه أن هناك ثلاث طرق لتحكم على ضيف الجانب العقلي وهي:
- 1- الطلب (المؤشرات المادية).
 - 2- التربوي (الجانب الأكاديمي).
 - 3- الجانب النفسي، من خلال الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية.
- وقد شهد منتصف القرن العشرين اهتماماً ملحوظاً بالمعاقين عقلياً فأصبحت انجتماعية انتموية للمعاقين عقلياً من أولياء أمور الطلبة، وهذا يدل على درجة الوعي الذي أصبح عليه أولياء الأمور والتي تختلف اختلافاً جوهرياً عن النظرة القديمة للإعاقة العقلية.



الفصل الثاني: المعاقون عقلياً

وأدرك الآباء تماماً أن هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً لا حول لهم ولا قوة وهم نتيجة لأسباب يتحمل أوزارها بشكل أساسي الآباء.

يشير تريحاشي على هذا الصدد إلى أن العلامة المضيفة في تاريخ الاهتمام بهذه الشريحة كان في عهد الرئيس الأمريكي جون كينيدي وذلك عندما طلب المختصين من علماء النفس والتربويين والأطباء والاختصاصيين الاجتماعيين دراسة هذه المشكلة ووضع تصورات لها تلحد منها أو معالجتها.

ومكانت أمريكا وأوروبا نها السبق في ميدان الاهتمام بالمعاقين عقلياً حيث تذكر أدبيات الموضوع إلى أن ألمانيا كانت سابقة في فتح الفصول الخاصة للمعاقين عقلياً في المدارس العادية وفي مدينة دريسدين (Dresden) عام 1867م والذي يمثل شعبلاً من أشكال اندماج حيث كان الطفل يتلقى بعض انبرامج الخاصة في هذه الصفوف ثم يعاد إلى الصفوف العادية.

أما في الولايات المتحدة الأمريكية فقد فتحت أول فصول خاصة في بروفايدنس (Providence) بولاية روزاياند عام 1896م بعد محاولة سابقة غير موفقة في نهاية العقد السابع من القرن التاسع عشر في مدينة كلفالاند بولاية أوهايو، ثم أنشأت فصول خاصة في مدن متعددة في الولايات الأمريكية، حيث ازداد عدد الأطفال المسجلين في الفصول الخاصة، ففي عام 1922 كان العدد 23.000 طفلاً وبلغ العدد 90.000 في عام 1948، ثم وصل عام 1963 إلى 400.000 طفلاً.

أما اهتمام آسيا في مجال المعاقين عقلياً فكانت متأخرة قياساً بأمريكا وأوروبا حيث بدأ الاهتمام بالمعاقين عقلياً بعد الحرب العالمية الثانية وبسبب من ذلك اليابان حيث افتتحت أول مدرسة للمعاقين عقلياً عام 1891 أما بقية البلدان الآسيوية فكانت على الوجه الآخر:



أما تريديجولد Tredgold فيرى الإعاقة العقلية "حالة عدم اكتمال النمو العقلي بالدرجة التي تجعل الفرد غير قادر على التكيف مع البيئة كأقرانه الآخرين بحيث يحافظ على بقائه مستقلاً عن الإشراف والمراقبة والمساعدة الخارجية".

وتعد اختبارات الذكاء من أشهر المحكات التي استخدمت في تشخيص الإعاقة العقلية ويجري تعريفها على هذا الأساس. وهناك من عارض بشدة الاعتماد على نسب الذكاء في تشخيص الإعاقة العقلية كـ تريديجولد (Tredgold) والذي أشار إليه ماك ماستر (Mc Master) والذي أكد على الكفاية الاجتماعية، وذكر في هذا الشأن تعريف ادجار دول (Edger Doll) الذي يقول فيه إن الإعاقة العقلية هي حالة من عدم الكفاية الاجتماعية نتيجة لتوقف مستوى الأداء العقلي لأسباب وراثية أو بيئية، ويستشف من التعريف بأن المعاقين عقلياً يكونون:

- 1- أقل من العاديين في الأداء العقلي.
- 2- نقص في الكفاءة الاجتماعية.
- 3- يكون العمق وراثياً أو بيئياً في سن مبكرة.
- 4- يكون متخلفاً عن أقرانه عند بلوغه سن الرشد.
- 5- وحالته غير قابلة للشفاء.

أما كيرك (Kirk) الذي يتميز بنظرته التربوية فيرى الطفل القابل للتعليم (Educable) وهو الطفل ضيق القادر على الاستفادة من برامج المدارس العادية كأقرانه الآخرين نتيجة لبطء نموه العقلي؛ ولكن يمكن تعليمه القراءة والكتابة في فصول خاصة، أما الطفل القابل للتدريب (Trainable) فهو الطفل غير القادر على التعلم في فصول المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بسبب ذكاؤهم





الفصل الثاني: الما قبل العقلية

المنخفض، ولكن يمكن تدريبه على بعض المهام البسيطة التي لا تحتاج إلى قدرات عقلية عالية وخاصة تلك التي تعتمد على الجانب الحسدي.

وعلى أية حال، فإن الإعاقة العقلية ليست على درجة واحدة أي كانت أسبابها وراثية أم بيئية، ويرتبط بها ارتباطاً وثيقاً درجة نمو المواقف العقلية فيكون نموه بقدر إعاقته فالذي تكون إعاقته متوسطة يمكن أن يكون أبطأ في نموه من ذلك الذي تكون إعاقته بسيطة.

والظروف التي يعيشها المواقف العقلية دور في ذلك فلو فرضنا أن س، ص كانت درجة إعاقتهما واحدة، ولكن هيت ل (س) ظروف مادية مادية للنمو والاستثمار الأفضل، بينما الثاني لم تهت له تماماً تلك الظروف، فسيكون نمو الثاني أكثر بطئاً من الأول.

ولكن يمكن التشخيص أكثر صدقاً لابد وأن تتعدد المحركات لأنه لا يمكن أن يكون هناك توافق كامل بين الأداء العقلي ونضوجه الاجتماعي إذ قد يحصل الفرد على درجة معينة في الذكاء تختلف عن درجته في النضج الاجتماعي.

فليس بالضرورة أن يتخذ المواقف العقلية درجة (50) في الذكاء ويأخذ الدرجة ذاتها في الكفاءة الاجتماعية وهذا الحساب يصح حتى مع العاقلين والمتفوقين عقلياً.

وبعد تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية أكثر التعريفات انتشاراً في دول العالم المختلفة والذي تقول فيه أن الإعاقة العقلية تشير إلى انخفاض ملحوظ في القدرات العقلية العامة والتي ترافقه نقص في السلوك التكيفي والتي تظهر خلال مرحلة النمو.

ويشير التعريف إلى جانبين الأول الوظيفية العقلية العامة والثاني مهارات السلوك التكيفي، تظهر في الأول نسب الذكاء ولها مستويات أربعة هي:



مداخل إلى الترميز الفاصلة





جداول (1) يبين مستويات الذكاء على اختباري بيتية ووكسلر

المستويات	درجات الذكاء على اختبار بيتية	درجة الاختبار على اختبار ووكسلر
البسيط Mild	68-52	69-55
المتوسط Moderate	51-36	54-40
الشديد Severe	35-20	39-25
العميق Profound	19 وأقل	24 وأقل

أما السلوك التكيفي فيظهر من خلال 1- النضج 2- التعلم 3- التكيف الاجتماعي.

ويعرف اريكسون Erikson انتضج بأنه النمو القابلي لمهارات الطفولة المتعلقة بالجلوس والوقوف والزحف والمشي والتحدث والتفاعل الاجتماعي.

أما نقص القدرة على التعلم فهي ترتبط بانخفاض مستوى التعلم من الاعتيادي وحدودية القدرة على الاستفادة من التجارب لاكتساب المعارف في حين أن انقصر في التكيف الاجتماعي يتعلق بعدم القدرة على بكيف سلوكه مع المستلزمات المطلوبة للتعامل مع الأقران والآباء وبنية الراشدين، وعدم تكوين علاقات اجتماعية صحيحة وسليمة مع غيره ممن يعيشون معه.

ولابد من الإشارة إلى التعريف المعدل للجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية ان الذي صدر عام 1993 والذي يعد أكثر توضيحاً من التعريف السابق فهو يشير إلى أن الإعاقة العقلية هي أداء ذهني وظيفي دون المتوسط مرافقاً ذلك قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات: التكيفية، الاتصال، الرعاية الاجتماعية، المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ، والعمل.





تصنيف المعاقين عقلياً:

لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين عقلياً يتفق عليه المختصون في هذا المجال لأن الإعاقة، كما قلنا سابقاً ليست درجة واحدة أو نمط واحد فكما أن أسبابها كثيرة جداً؛ فضلاً عن أن المهتمين بهذه المشكلة من شرائح مختلفة، وقد يعتمد التصنيف بشكل عام على واحدة من شدة الإعاقة Severity، أو السبب Cause، أو الشكل (الهيئة) Form، أو مجموعة أعراض Clusters of symptoms. ولكن قد يساعد التصنيف والتخطيط والبرمجة المعتمدة على الفهم الأوفر. أما أشهر التصنيفات فهي:

أ- تصنيف القياس النفسي: يعتمد هذا التصنيف على اختبارات الذكاء وتحدد لكل فئة من فئات الإعاقة العقلية بناء على ما يحصل عليه المعاق من درجة.

ويعد تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية أشهر التصنيفات المعتمدة على مستوى الذكاء والذي لا يرتبط بالمعايير التي تعتمد على انخراط الاجتماعي أو الضيق، ويصنف المعاقين عقلياً إلى خمسة مستويات هي:

1- الإعاقة العقلية الهامشية (Aborderline) وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 70-84 على مقياس وكسنر، وبين 68-83 على اختبار بينية. وتمثل هذه الفئة النسبة الأعلى من حالات الإعاقة العقلية.

2- الإعاقة العقلية البسيطة (Mild) وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 55-69 على مقياس وكسنر وبين 52-67 على اختبار ستانفورد بينيه؛ ويكثرون أقل عدداً من الفئة الأولى، وهم يستطيعون اكتساب المهارات الأكاديمية والاجتماعية والمهنية إلى حد مقبول إذا ما توفرت العناية والرعاية والاهتمام.



الفصل الثاني: المتأخرون عقلياً

3- الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate) ونسب ذكائهم تتراوح ما بين

54-40 على اختبار وكسنر وبين 36-51 على اختبار ستانفورد - بينيه.

4- الإعاقة العقلية الشديدة (Severe) ونسب ذكائهم تتراوح ما بين 25-39

على اختبار وكسنر وبين 29-35 على اختبار ستانفورد بينيه.

5- الإعاقة العقلية العميقة (Profound) وتكون نسب ذكائهم من 25 على

اختبار وكسنر وأقل من 20 على اختبار ستانفورد بينيه.

وقبل الانتقال إلى تصنيف آخر لا بد من التنويه إن نسب الذكاء قد لا

تكون صادقة تماماً لأنها تتأثر بمتغيرات كثيرة تجعل الخط فيها وارداً يتعلق

بتحريك تطبيق الاختبار والحالة النفسية للمطبق عليه والظروف الطبيعية من حر

وبرد، والاختبار ذاته، فقد يكون الاختبار الذي بنى ليطبق في فرنسا لا يتطابق

تماماً مع المجتمع الليبي أو العراقي أو الأردني.

أما النقطة الثانية فهي أننا لا نستطيع أن نتعرف على الكفاءة الاجتماعية

من خلال اختبارات الذكاء بالرغم من أن هناك علاقة بينهما، لكن هذه العلاقة

ليست قريبة إلى الحد الذي نحكم من خلال الأول على الثاني، وقد يكون هناك

تفاوت أو اختلاف بين الكفاءة الاجتماعية للفرد المعاق ودرجة تحصيله على

اختبارات الذكاء.

ب- التصنيف التربوي: وهو التصنيف الذي وضعه علماء التربية بشكل

عام والتربية الخاصة بشكل خاص، فهم يقسمون المهارات الذهنية المحدودة

إلى أربعة أصناف تربوياً فمثلاً بكيرك Kirk يصنفهم كالتالي:

1- بطئي التعلم (The Slow Learners) وتتراوح نسب ذكائهم ما بين (80-

90)، وهم قريبون جداً من الاعتماديين، ويحتاجون إلى رعاية خاصة

لتقريبهم من أقرانهم الاعتياديين.





2- الأطفال المعاقين القابلين للتعليم The Educable Mentally Handicapped children وتتراوح نسب ذكائهم ما بين (50-55 إلى 75-79) وهم قادرون على تعلم المهارات الأكاديمية لكنهم يحتاجون إلى رعاية وعناية واهتمام.

3- الأطفال المعاقين القابلين للتدريب The Trainable mentally Handicapped children وتتراوح نسب ذكائهم ما بين (30-35 إلى 50-55) وهم غير قادرين على تعلم المهارات الأكاديمية كما هو الحال بالنسبة للفئة السابقة ولكن نساهم في تدريبهم على بعض المهوّن التي لا تحتاج إلى قدرات عقلية عليا وخاصة تلك التي تعتمد على الجانب الجسمي.

4- الأطفال المعاقين المعتمدين بالكامل The Totally Dependent or Profoundly Handicapped Children وتقل نسبة ذكائهم عن 35 أو 30 وهم غير قادرين على تعلم المهارات الأكاديمية كذلك لا يمكن تدريبهم على بعض المهارات التي يمكن تعليمها إلى الفئة السابقة.

ج- التصنيف الاجتماعي: يقسم المعاقون عقلياً حسب هذا التصنيف إلى أربع فئات هي:

1- المعتوهون (Idiots) وهي أسوأ وأشد حالات الإعاقة العقلية إذ هم غير قادرين على الاعتناء بأنفسهم ولا يستطيعون حماية أنفسهم من الأخطار الخارجية، وقد لا يستطيعون التفاهم مع غيرهم بالكلام، كما لا يتمكنون من الوصول إلى منازلهم إذا ما تركوا وحدهم، ولا يزيد عمرهم العقلي على ثلاث سنوات مهما بلغ عمرهم الزمني حيث تقل نسبة ذكائهم عن 25 وعلى الأغلب تكون إعاقاتهم وراثية، كما



الفصل الثاني: المعاقون عقليا

تحتكر الميوب الحسية، والمعجز الحركي والخلل الفسيولوجي، فضلا عن التأخر في النمو، ونسبتهم أقل من الفئات الأخرى.

2- البلهاء (Imbeciles) وهم أفضل حالا من الفئة الأولى إذ لا يصل عوقهم إلى مستواهم، فهم يستطيعون حماية أنفسهم من الأخطار الخارجية كأن يبتعدوا عن النار خوفاً من الحرق، وعن الأنهار خوفاً من الغرق، وعن السيارات، والقضارات خوفاً من الدهس وتتراوح نسبة ذكائهم بين 25-50% ويتراوح عمرهم العقلي ما بين 3-7 سنوات.

ويمكن لهذه الفئة تعلم بعض الأعمال الروتينية التي تعتمد على الناحية الجسدية وقد لا تعرف الإعاقة عند البعض لأول وهلة نظراً لظهورهم العادي إلا بعد الاحتكاك بهم، بينما البعض الآخر يمكن تمييزهم بسهولة وخاصة أولئك الذين تكون إصابتهم في المخ أو عندهم تشوهات جسمية، أن نسبة هذه الفئة أعلى من الفئة الأولى.

3- المارون (أو المافون) Maron تتميز هذه الفئة بضعف عقلي لكنه لا يصل إلى مستوى فئة البلهاء حيث يمكن تعليمهم المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة وخاصة إذا كانت هناك رعاية وعناية واهتمام خاص بهم من حيث الطرق والأساليب والوسائل؛ كما يمكن تدريبهم على القيام بأعمال مفيدة تمكنهم من كسب رزقهم وخاصة إذا ما وجد الإشراف المصحوب بالعطف والصبر والترغيب الحقيقي في مساعدتهم. تتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70).

4- ضعاف العقل (Feebleminded) وقد أضاف هذه الفئة القانون الانكليزي حيث يقول أن هذه الفئة عندهم ضعف عقلي مصحوب بنزعات ملتوية أو ميول إجرامية، ويحتاجون من أجل ذلك رعاية وإشراف وضبط لحماية غيرهم منهم. يتصفون بالسلوك غير المرغوب



فيه يكون أحياناً مستمراً حتى مع التوجيه والإرشاد. كما تصنف هذه الفئة بعدم الانتظام في أي عمل يسند إليهم كذلك فهم أكثر تشتتاً وضيقاً وانحرافاً.

د- التصنيف الطبى الأكلينيكي:

يعتمد هذا التصنيف على الجانب الطبى وفق الأمراض الجسمية وأهم الأنواع التي تمثل هذا التصنيف هي:

أ- المنغولية (Mongolism) أو ما يطلق عليه (Down Syndrome) عرض داون نميله إلى مكثفها الدكتور داون.

وقد سميت بالمنغولية من صفاتها الجسمية التي تشبه صفات انجلى المنغولى. وتتميز بنحراف العينين وسمك الجفون، وصغر حجم الرأس واستدارتها، ونعومة الجلد ورطوبته، وثقل اللسان وكبره، وأنف قصير أعظم، والأذنين قصيرتين أو كبيرتين. أما اليد فمعرضة مقوية، والأرجل مفترجة القدمين وأحياناً يوجد شق واسع بين إبهام القدم والأصبع المجاور له.

تبلغ نسبة هذه الحالات 001% من مجموع السكان، وقد أوضحت الدراسات التى أجريتها مثل دراسات بروسو Brousseau وبرايبرد Brainerd ودراسات مالزبيرج Malzberg أن نسبة المعنويين بين هذه الحالات تتراوح ما بين 24% و 38% وأن نسبة البقاء بينهم تتراوح ما بين 6% و 72%؛ كما أن نسبة الموروث بينهم تتراوح ما بين 1% و 4% وقد يكون هذا الاختلاف فى درجة الإعاقة بالرغم من أن السبب واحد يعود إلى المتغيرات المرافقة للمنغولية كالوضع النصحى للأم، والتغذية، الحالة النفسية وغيرها. تتميز هذه الفئة بأنها متشابهة فى جميع أنحاء العالم لأن سبب الإعاقة هو زيادة كروموسوم واحد يكون أكثر احتمالاً فى الزوج الحادى والعشرين، ومثأت فى الأغلب من الأم فىكون ثلاثيا بدلا من أن



الفصل الثاني: المعاقون عقليا

ممكن شائياً، لذلك نكن في خلية المنغولي (47) كروموسوم بدلا من (46) كروموسوم.

ولا يقتصر حدوث الخلل الكروموسومي على الزوج (21) بل قد يحدث أحيانا في الزوج 18 و 15 و 13 وقد يتكون بزيادة x أو y قد يولد xyy أو xxx أو xyx ويوضح من خلال الجدول التالي:

جدول (2) يبين الحالات الاكلينيكية للمنفولية ونسبة احتمالية الحدوث

الزوج	الحالة الاكلينيكية	نسبة احتمالية الحدوث
21	عرض داوون منفوت ويرافقه إعاقة عقلية بدرجات متفاوتة	1 من كل 700
18	إعاقة عقلية شديدة في جواشب متعددة، قد يؤدي به إلى الموت المبكر	1 من كل 4500
15 ، 13	تأثير مادي كبير على أجزاء متعددة من الجسم وخاصة المخ قد يؤدي إلى الموت خلال الأشهر الثلاثة الأولى	1 من كل 14500
xyy 23	ازدياد مظهر الذكورة، ضوئل، خصب، قد يتسم بالعديانية.	1 من كل 250-100
Xxy	ازدياد مظهر الأنوثة قد يتسم بالإعاقة العقلية وغالبا ما يكون عقيماً	1 من كل 600-400
xxx	نوتة فائقة وتسم بالإعاقة العقلية	1 من كل 670
x	شكل أنثوي، نموة عميقة	1 من كل 3500

أما الأسباب التي تؤدي إلى حدوث المنغولية فهي ليست واضحة تماماً حيث يشير البعض إلى أن أسباب هذه الحالة اختلال نظام تغذية الجنين أثناء الحمل، والتسمم واضطرابات نشاط الغدد، وقد يتكون لعمر الأم أثر في ذلك فمكثير من الحالات كانت لامهات يزيد أعمارهن عن 40 سنة.



2- القماءة أو القصاع (Cretinism):

يتصف هؤلاء الأطفال بصغر القامة المفرط، وقد لا يتجاوز الفرد منهم متراً واحداً، أما بقية صفاته الجسمية فهي ضخامة الرأس وقطاسمة الأنف وضخامة انشفشين وترهل الجلد. وقد لا تظهر هذه انصفات في الأسهر الثلاثة الأولى، ولكنه قد يتأخر في الوقوف أو المشي أو النطق.

ومن العوامل المسببة للقماءة نقص هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية. ويتميز هؤلاء الأطفال بالخمول والكسل. والحركة البطيئة، والجلادة، ولون الجلد المائل إلى الإسفرد مع كثرة التجاعيد والأجفان الغليظة والشفاة كذلك.

أن هذه الحالات قابلة للتحسن إذا كان ائتشخيص مبكراً بإعطاء خلاصة إفرازات الغدة الدرقية وبشكل خاص إذا كانت الأسباب مكتسبة. أما إذا كان الضعف العقلي تكوئنيّاً أو ولادياً فلا يفيد. ائعلاج رغم تحسن الأعراض الجسمية نتيجة نشاط الغدة الدرقية.

3- شائر الرأس (Microcephalic):

أطلق هذا الاسم عليه لأنه يتصف بصغر جمجمة الرأس، وخاصة بعد الحاجبين وفوق الأذنين، وقد يكون سبب هذه الحالة التي ائتمى إلى فئة البلهاء والمتوهين كما أشارت بعض ائدراسات إلى حالة الرحم أثناء الولادة، أن قد يكون نتيجة تمرض الأم للأشعة أو ائسدمات الكهربائية، أو حدوث عدوى أو ائتهابات أثناء فترة الحمل، أو وجود جين متنحس سبب هذه الحالة، أو ائتحام عظام الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً، حيث لا يزن المخ أكثر من نصف كينو غرام رغم نمو الفرد الجسمي التام أحياناً، وقد يكون المخ سليماً وخالياً من ائماهاات والإصابات مع صغر حجمه، لذلك يكون صغر حجم الجمجمة نتيجة وليس سبباً لصغر حجم المخ، لذلك لا يفيد ائعلاج في



الفصل الثاني: المعاقون عقليا

زيادة حجم المخ. وقد يكون جلد الرأس عليلاً ومتجعداً نتيجة للتقلصات التي تحدث فيه. تصغر عظام الجمجمة قياساً بالجلد التي يحبسوها، وقد يكون بعضهم عاديًا في نمو العضلات وبصحة جيدة بالرغم من أن بعضهم يكون عرضه إلى الموت في سن مبكرة.

4- الاستسقاء الدماغى Hydrocephaly

يتميز هؤلاء الأطفال بكبر حجم الجمجمة حيث تتراوح بين 22 و 28 إنج، وقد تكون حجم الجمجمة طبيعية عند الولادة ثم تنمو بشكل شاذ في الأسابيع الأولى، ويعود ذلك إلى تجمع السائل المخشوكي لأسباب مرضية وراثية أو مكتسبة ويؤدي إلى ازدياد وتراكم السائل المكون، واتساعه في القنوات المخية وعدم امتصاص السائل.

ويمكن علاجه بشكل مبكر عن طريق الجراحة لتصريف السائل إلى الوريد العنقي.

5- تكبر الجمجمة Macrocephaly

يتميز هؤلاء الأطفال بكبر محيط الرأس وزيادة حجم الدماغ. ولابد من الإشارة إلى أن زيادة حجم الجمجمة لا يعنى دائماً وجود قصور عقلى، فتكون نسبة ذكائهم تتراوح ما بين 25-69 أى يقعون ضمن الإعاقة المتوسطة والإعاقة الشديدة. وقد يكون سببه عيب فى المورثات التي تؤثر فى نمو المخ.

أسباب الإعاقة العقلية:

إن أسباب الإعاقة العقلية كثيرة جداً منها ما يعود لعوامل وراثية وأخرى لعوامل بيئية، وما زالت هناك أسباب غير معروفة للإعاقة العقلية، وقد أشار هيويز Hughes فى هذا الصدد إلى وثيقة تحتوي على (250) سبباً للإعاقة العقلية وهى تشكل ربع الأسباب المعروفة، وإن ثلاثة أرباع الأسباب غير معروفة. وقد يكون



الأمر مبالغاً فيه بعض الشيء؛ وقد اختلف المختصون في تصنيف الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية، فمثلاً ثـانـ كـيرـك وجونسون Kirk and Johnson إلى أن أسباب الإعاقة العقلية يمكن أن تكون تحت سبع فئات هي بالتحديد:

- 1- أسباب تتعلق بنواة البلازما.
- 2- أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة.
- 3- أسباب ترتبط بزراعة الجنين implantation.
- 4- أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الأولي Embryo.
- 5- أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة Fetus.
- 6- أسباب تتعلق بالولادة غير السليمة.
- 7- أسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة.

أما منظمة الصحة العالمية فصنفت الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية إلى خمس فئات هي:

1- عوامل ما قبل الولادة:

جينية وهي تتعلق بـ:

- أ- جين واحد.
- ب- عوامل متعددة.
- ج- الكروموسومات.

2- عوامل ما قبل الولادة:

الإصابة بالزهري، الحصبة الألمانية، التسمم، اختلاف فصيلة الدم، اضطرابات عملية الأيض، اضطرابات في الغدد عند الأم، عوامل جسمية.

3- عوامل أثناء الولادة:

صعاب اختناق، الولادة الجافة، الولادة المبكرة.



4- عوامل ما بعد الولادة:

عوامل الحرمان الثقافي، الأبوي، النفسي.

5- عوامل غير معروفة:

ولابد من الإشارة إلى أن النظرة حول العوامل الوراثية والعوامل البيئية المؤدية للإعاقة العقلية قد اختلفت حسب العقود السابقة حيث كانت النظرة في بداية القرن العشرين إلى أن معظم حالات الإعاقة العقلية ترجع لأسباب وراثية ثم تغيرت النظرة عبر السنين.

وعلى أية حال يمكن تصنيف الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية إلى ثلاث فئات هي:

أ- أسباب ما قبل الولادة:

ويمكن تقسيمها إلى عوامل جينية وعوامل غير جينية.

العوامل الجينية:

اضطرابات تتعلق بالكروموسومات إذ أن زيادة كروموسوم أو نقصانه يؤدي إلى الإعاقة العقلية فزيادة كروموسوم واحد بسبب حالة المنغولية والتي سميت بعرض داون نسبة إلى الدكتور داون الذي اكتشفها وقد يكون هناك ارتباط بين الحالة وعمر الأم. وقد أشار ستيفنسون وآخرون Stevenson and others إلى احتمالية الإصابة بالمنغولية المرتبطة بعمر الأم.



جدول (3) يوضح احتمالية حدوث المنغولية وفق عمر الأم

احتمالية	عمر الأم
1 من 500	تحت سن 30
1 من 450	30
1 من 350	32
1 من 200	34
1 من 130	36
1 من 65	38
1 من 50	40
1 من 35	42
1 من 25	44 فما فوق

وقد وجدت اختلافاً في هذه النسب بمصادر أخرى.

وقد تحدث الإعاقة العقلية عن طريق الجينات المتنحية التي يحملها الأب والأم والتي لا تظهر آثارها عليهم وإنما تظهر على وليدهم، وقد يكون الخل في الجينات أحد العوامل المسببة للإعاقة العقلية والتي تؤدي إلى انحدار الشاذ وانحدى بسبب صغر أو كبر حجم المجموعة. كما أن حالات (RH) قد تتسبب الإعاقة العقلية، فقد دلت الدراسات على أن 86% من الأدميين يحتوى دمهم على هذا المكون ويرمز لهم بالرمز (RH+) وأن 14% منهم لا يحتوى دمهم هذا المكون ويرمز لهم بالرمز (RH-). وقد وجد أن اختلاف دم الأم عن دم الجنين يؤدي إلى أن جهاز المناعة في دم الأم سيبرز أجسام مضادة لدم الجنين وبالتالي يؤثر في تكوين المخ مما يسبب الإعاقة العقلية. فمثلاً إذا كان دم الأم (RH-) ودم الأب (RH+) وأخذ الجنين دم أبيه فسيكون هناك اضطراب بين دم الأم (RH-) ودم الجنين (RH+)، أما إذا كان الدم لدى الأم والأب سائياً فلا توجد مشكلة،



الفصل الثاني: المعاقون عقليا

كذلك الحال إذا كان دمهما موجبا أو أخذ الجنين دم أمه أيا كان. ولابد من التذكر بأن الحمل الأول قد لا يتأثر كثيرا في حالة اختلاف الدم بين الأب والأم وأخذ الجنين دم أبيه لأن الأجسام المضادة قد لا تحصل في الغالب إلى النحس الذي يكفى للأضرار بالجنين؛ ولكن سيكون له تأثير كبير في الوليد الثاني إذ يؤدي إلى الإعاقة العقلية وأحيانا إلى الموت.

والاضطرابات هي عملية الأيض هي الأخرى قد تسبب الإعاقة العقلية وتحدث عن طريق طفرات في الجينات التي تؤدي إلى اضطراب أو اختفاء الإنزيمات المتعلقة بهضم البروتينات والكربوهيدرات أو الدهون.

ومن العوامل الوراثية التي قد تسبب الإعاقة العقلية زواج الأقارب لذلك نجد أن القانون الروسي يمنع زواج أبناء الأعمام.

العوامل غير الجينية:

وهي كثيرة جداً مثل:

1- تعرض الأم الحامل إلى أشعة أكس وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى أو الإشعاعات النووية.

2- تعاطي المضادات الحيوية وخاصة في الأشهر الأولى، ولعل عصار الثاليدومايد (Thalidomide) الذي أخذ لقترات طويلة كمهدأ للأعصاب دون معرفة آثاره الجانبية كان له أثر كبير على الجنين في حدوث تشوهات متعددة.

3- إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية كالزهرى، الحصبة الألمانية أو الإصابة بمرض انصراف المخية علما أن الحصبة الألمانية قد تؤدي إلى صغر حجم الجمجمة، واستسقاء الدماغ، والتشلل المخي، والعمى، وازدياد انصراف (اليرقان) وقد يسبب الصمم.

4- اضطرابات الغدد الصماء.

5- سوء التغذية أو نقص التغذية وقد يصحون هناك فرق بين المصطلحين في الأول قد يعني توفر الأغذية الكمية لكنها تقتقد إلى عناصر غذائية مهمة كالبروتين والمعادن أو غير المتكاملة بالذيتاءينات. أما نقص التغذية فهو عدم توفر الغذاء نوعاً وكماً. كما يحدث في بعض البلدان الأفريقية الفقيرة، لذلك فإن التغذية الكاملة الصحية أثناء فترة الحمل يكون لها التأثير الكبير في نمو الجنين وخاصة في مراحله الأولى، ويمكن القول في هذا المجال أن شرب الأم لحليب بشكل كاف في الأشهر الثلاثة الأولى يكون أكثر نفعاً للجنين من الحليب نفسه إذا شربه الطفل نفسه وهو بعمر سنتين، فالبروتينات وتوفرها يؤثر في بناء الخلايا لكل من الأم والجنين لأن الأحماض الأمينية التي توفرها تدخل في ذلك. والتغذية وما فيها من فيتامينات كافية تساعد على اتبناء وعمل الهرمونات كالانسولين وهرمون انثيروكسين وغيرها.

6- مرض السكري.

7- أمراض القلب.

8- الربو.

9- ضغط الدم.

10- التعب والإعياء المستمر.

11- انحناء النفسية المزمنة والمستمرة للأم.

12- تعاطي التدخين أو الخمر أو المخدرات.

13- التسمم.

14- تلوث الماء والهواء.



ب- أسباب أثناء الولادة تشمل:

1- الولادة المبكرة جداً أو المتأخرة جداً "إن الولادة المبكرة قد تسبب القلق العصبي، وقد تعرض الطفل إلى الموت ويرتبط ذلك بعمر الأم، وسوء التغذية، التدخين، المخدرات، الكحول".

2- عسر الولادة.

3- الاختناق بسبب قلة وصول الأوكسجين إلى الوليد أو انقطاعه.

4- طول الحبل السري غير الطبيعي كأن يكون أطول من المعتاد أو أقصر منه.

5- الولادة الجافة.

6- انفصال المشيمة المبكر الذي قد يؤدي إلى انسداد عنق الرحم الذي يعرقل الولادة الطبيعية أو وصول كفاية من الأوكسجين لتوليد.

7- التوليد غير الصحي واستخدام أدوات صلبة غير معقمة.

ج- أسباب ما بعد الولادة:

وتشمل الحوادث والأمراض التي تصيب الطفل في سن مبكرة والتي تؤثر في تلف بعض أجزاء المخ كحالات الجهاز العصبي المركزي، التهاب الدماغ، الحمى القرمزية، مصاعفات الحصبة، الأمراض المعدية مثل التهاب أنفخ الكفوية وتجديري إضافة إلى المبيدات التي تستخدم في الزراعة، أو قتل الحيوانات، وسوء استخدام العقاقير أو المعادن وخاصة الرصاص الذي إذا تناوله الطفل يؤدي إلى تلف الجهاز العصبي. نقص كمية الأوكسجين، سوء التغذية، وتشكل العوامل البيئية كاللثة والاجتماعية والنفسية سبباً للتأخر العقلي وخاصة الهش واليسيط منه.

ولابد من الإشارة إلى أن أسباب الإعاقات المادية والتي ترتبط بعوامل وراثية قد تناقصت عبر الأعوام السابقة وهي في طريقها إلى النقصان وما زال هناك



تزايد في الوعي نتيجة للتطورات واتساع أبواب المعرفة وتعمقها، وزيادة الدراسات وتبحر في جميع المجالات وخاصة في مجال العلوم الطبية لأن كثير من حالات الإعاقة وخاصة الشديدة منها تعود في الأغلب لأسباب ناتجة عن الالوهى ما عدا تلك الإعاقات المتأقية من الإشعاعات، وانتقوشت البيئية كما حدث في العراق.

أما في حالات الإعاقة البسيطة فكثير منها يعود لأسباب ثقافية وبما أن هناك تفاوتاً في العالم في هذا المجال. لذلك لا يمكن القول أن حالات الإعاقة البسيطة في طريقتها إلى التناقص لأن التصريح بذلك لا يكون بأى حال من الأحوال مطلقاً، فالإعاقة البسيطة قد تكون ملاحظة في المجتمعات انصناعية بينما لا تكون كذلك في المجتمعات الزراعية، وبما أن الحياة تتغير يوماً بعد آخر لذلك نحتاج إلى مطالب وبسؤلزيمات كثيرة قد لا يستطيع الجميع تحقيقها.

ويشير هيووز Hughes إلى أن اللجنة التي أمر رئيس الولايات المتحدة الأمريكية (كنيدى) بتكوينها توصلت إلى أن 75% من المعاقين عقلياً هم من عوائل فقيرة سواء في مناطق التحضر أو الريف.

تشخيص الإعاقة العقلية:

الإعاقة العقلية درجات متعددة وأنماط مختلفة وأسبابها كثيرة جداً لذلك لا يمكن التبت برأى قاطع في مجال تشخيصها، فقد يكون سهلاً للوهلة الأولى وخاصة لبعض أنماط المعاقين كالمخوليين وبعض درجات الإعاقة كالشديدة والعميقة التي تظهر واضحة من خلال السلوك الملاحظ.

ولكن في حالات أخرى قد يكون التشخيص في غاية الصعوبة وخاصة عندما تكون درجة الإعاقة هامشية أو بسيطة إذ تحتاج إلى متابعة دقيقة وتطبيق اختبارات الذكاء وخاصة عندما لا يظهر على الطفل صفات جسدية ظاهرة ككبر الجمجمة أو صغرها أو القزامة.





الفصل الثاني: المعاقون عقليا

وتزداد صعوبة التشخيص بشكل كبير جدا عندما يكون الطفل في أشهره الأولى، ولكن قد تعتمد على بعض المؤشرات التي تثير الانتباه في مثل هذا العمر كتمثل الطفل في الاستجابة لابتسامة أمه، وعدم إعطاء اهتمام لما يجري حوله سواء تعلق الأمر بالأشخاص أو ما هو موجود من ماديات، ويكون أقرب إلى السكون بحيث لا يحرك يديه ليمسك أشياء، أي لا ينتبه إلى المثيرات التي تدعو قوته العادي إلى الانتباه.

كما أن الإعاقة التربوية والانفعالية قد لا تكون ملاحظة في مرحلة ما قبل المدرسة وخاصة الإعاقة البسيطة.

وعلى أية حال لا يوجد اتفاق عالمي بين المختصين على المحركات التي تعتمد في تشخيص الإعاقة العقلية، وفي أي مرحلة عمرية تبدأ عملية التشخيص، وهل هناك مختصون يمكن أن يغطوا كل حالات الإعاقة العقلية، وهل هناك مراكز للتشخيص يمكن أن تكون في كل مدن البلاد.

وبالتأكيد سيكون الجواب بالنفي إذ أن هناك تفاوتاً كبيراً فيما أُعربت إليه. فالاهتمام يختلف من دولة لأخرى كما هو واضح بين الدول الغنية والمتحضرة والدول الفقيرة غير المتحضرة في مدى الاهتمام بالطفولة بشكل عام والطفل المعاق بشكل خاص.

كما تتأثر المحركات المستخدمة في تشخيص الإعاقة العقلية بدرجة الوعى والتقاليد السائدة في أي مجتمع وفلسفته.

إن التشخيص بشكل عام يعتمد أساساً على دراسة حالة الطفل (Case Study) أما المحركات التي تعتمد في عملية تشخيص فهي:

- 1- الفحص الطبي: ويقوم به طبيب الأضفال أو فريق من الأطباء الاختصاصيين لمعرفة الشواحي الجسمية، وتاريخ الطفل النمى، والأمراض، والحوادث التي تعرض لها، وحالة الوالدين الصحية وحالة



الأم خلال فترة الحمل، وظروف الولادة، وفحص الحواس؛ وتعدد الجهاز العصبي. فمثلاً من الإجراءات الكشفية التي يقوم بها الطبيب لمعرفة اضطرابات التمثيل الغذائي والتي تسمى (الفينيل كيتونيوريا) (Phenylketonuri) (PKU) التي تكون من الأسباب الرئيسية للإعاقة العقلية ما يلي:

- أ- اختبار حامض الفيريك (Ferre Chloride Test) حيث تخطط نقاطاً من حامض الفيريك مع بول الطفل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فهذا يعني وجود اضطراب في التمثيل الغذائي (PKU)
- ب- اختبار نسبة وجود الفينيلين بالدم الذي توصل إليه العالم غاتري والذي سمي باسمه، وهو أن تؤخذ عينة دم الطفل (من كعب القدم) فإذا وجد 20 ملغرام مقابل كل 100 ملغم هي ادم، فهذا يعني وجود اضطراب تمثيل غذائي (PKU) والآن أصبحت مسألة طبية عندما نأخذ أطفالنا الصغار إلى أطباء الأطفال لقياس محيط الرأس والطول ونوزن من قبل الممرضة قبل دخول الطفل إلى الطبيب لأن هذه قد تعطي مؤشرات على وجود خلل.

2- تطبيق الاختبارات العقلية والنفسية؛ ويعتمد بشكل أساسي على تطبيق اختبارات الذكاء لمعرفة نسبة الذكاء شريطة أن يكون التطبيق دقيقاً. ومن أشهر الاختبارات التي طبقت لقياس القدرات العقلية للفرد هو اختبار ستانفورد بينيه الذي يتسم بأنه مشبع باللفظية، واختبار هكسلر الذي يتسم بأنه يحتوي على جانب لفظي وجانب أدائي؛ ويكون أصح أن لا يمتلك قدرة لفظية كالعاقر سمعي والمضطربين تفويلاً.



الفصل الثاني: المعاقون عقلياً

وقد لا تعتمد بشكل كامل على نتائج اختبارات الذكاء لبعض التجمعات التي تتعلق بالاختبار نفسه وبالتطبيق، ووضع الطفل وحالته الصحية وقت تطبيق الاختبار والظروف المحيطة به خلال فترة التطبيق، فمثلاً إن اختبارات الذكاء لا تغطي جميع القدرات فهي فمثلاً لا تقيس القدرات الفنية والقدرات الميكانيكية والقدرات القيادية والقدرات الاجتماعية، إضافة إلى تميزها فهي تصلح للطبقة الاجتماعية الوسطى، وإن البيض حصلوا على درجات أعلى من السود. وهناك مقياس جود أنف - هاريس للرسم (Good enough Haris Drawing Test) الذي يمكن تطبيقه بشكل فردي أو جماعي وهو بسيط جداً إذ يستغرق تطبيقه بين (10-15) دقيقة ويستغرق تصحيحه (10-15) دقيقة كذلك وهو اختبار أدائي غير لفظي.

كما يستخدم في هذا الجانب اختبارات الشخصية والنضج لمعرفة النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل.

3- التشخيص التربوي: ويقوم به أخصائى التربية الخاصة، ويمكن ذكر تجربة انعراقى في هذا المجال، إذ تسبب معلمة التربية الخاصة لمدرسة عادية أو أكثر لتشخيص الأطفال الذي يحتاجون إلى تربية خاصة، حيث تتعاون المعلمة المذكورة مع المعلمة العادية لأطفال السنة الأولى ومشابعتهم بشكل تفصيلي لمعرفة مدى الصعوبات التي تواجههم في عملية التعلم، وملاحظة سلوكهم داخل الصف وخارجه لمعرفة التكيف الاجتماعي والانفعالي، وإذا ما توصلت معلمة التربية الخاصة إلى أن بعض الأطفال يحتاجون إلى رعاية خاصة ستكتب تقريراً شاملاً عن كل طفل، ويعرض على لجنة تتكون من فريق عمل ليقرروا قراراً نهائياً في وضع الطفل بصف خاص؛ لذلك تلعب معلمة التربية الخاصة دوراً كبيراً في التشخيص من خلال معرفة سلوك الطفل ومدمجته





ومشاكله التعليمية وعلاقاته الاجتماعية واهتماماته الخاصة ومدى
تضجعه وفهمه وثغته مقارنة بأقرانه الآخرين.

وعلى أية حال فهناك مقاييس بثقته ظهرت مؤخراً كـمقياس المهارات
اللغوية للمعاقين عقليا والتي تشمل خمسة أبعاد هي الاستعداد اللغوي والتقليد
اللغوي والمفاهيم اللغوية واللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية ومهارات القدرة المدددة
للمعاقين عقليا والذي عدل ليتلائم مع البيئة الأردنية ويحتوي على ثمانية مهارات:
وهي التأزر البصري الحركي، مطابقة الأشكال والأنوان والأحجام والأوزان
والكميات، تصنيف الأشكال والأنوان والأحجام والأوزان والكميات، ومهارات
العد الآلي، ومهارات تمييز الأعداد وفهمها. والتعرف على الأشكال الهندسية
والألوان والأحجام والأرقام والنقود وأيام الأسبوع، ومهارات تسمية الأشكال
الهندسية والأنوان والأحجام والأوزان والأطوال والنقود وأيام الأسبوع وأشهر
السنة، وكتابة الأرقام وجمعها وطرحها.

وهذا كـم ذلك مقاييس لمهارات القراءة للمعاقين عقليا وكذلك مهارات
الكتابة.

4- دراسة الحالة الاجتماعية: ومن الوسائل التي يمكن أن تعين في عملية
التشخيص دراسة الحالة الاجتماعية للطفل من خلال معرفة نموه قياساً
بأقرانه من الناحية الجسمية والحركية واللغوية، وكذلك حالة الأسرة
من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي لها أثر كبير في
عملية تطور الطفل إذا أن كثيراً من حالات الإعاقة العقلية الهامشية
والبسيطة تكون نتيجة للظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية
الحالكة التي يعيشها الأطفال.

وأخيراً لابد من القول أنه كلما كثرت المحركات التي استخدمت في
القياس والتشخيص كلما كانت الصورة أوضح، لذلك فإن الاتجاه الحديث





المحل الثاني: المعاقون عقلياً

يؤكد على أهمية استخدام الجوانب الحسية والتفكيرية والشخصية والاجتماعية لتحصيل على تجاوز مشكلات يساعد على التخطيط والبرمجة ووضع العلاجات الكفيلة بتحسين الطفل المعاق عقلياً.

خصائص المعاقين عقلياً:

إن التحدث عن خصائص المعاقين عقلياً ليس بالأمر السهل لأن انشغاف بينهم كبير جداً فمنهم من يكون قريباً من الاعتيادي وآخرين بعيداً جداً عنه.

فالفرق الفردية بين المعاقين عقلياً كبيرة جداً إذا ما قورنت بالفرق الفردية بين الاعتياديين. لذلك فإننا عندما نتحدث عن الخصائص الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية عن فئة المعاقين عقلياً عموماً بسيطاً فإننا لا نستطيع تعميمه على الإعاقات الشديدة والعميقة.

وسيجري الحديث عن خصائص المعاقين عقلياً عموماً بسيطاً من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، وبصفة انحلال كلما ازدادت درجة الإعاقة العقلية كلما ازدادت هذه النواحي سوءاً.

الخصائص الجسمية:

هناك مقولة مشهورة تستخدم في حياتنا اليومية تقول أن العقل السليم في الجسم السليم. ويستدل منها على وجود علاقة بين الجانب العقلي والجانب الجسمي إلا لا يمكن الفصل بينهما تماماً.

وتشير أدبيات الموضوع إلى وجود فرق بين الاعتياديين والمعاقين عقلياً في النمو الجسمي والحركي والمهاري. فالمعاقون عقلياً أقل طولاً ووزناً إذا ما قورنوا بالاعتياديين، كما أنهم لا يرقون أن يكونوا بمستوى الاعتياديين في المهارات الحركية كالمشي والقفز والشد وحركاتهم أقل تناسقاً من الاعتياديين. وقد يظهر الفرق واضحاً جلياً عند إصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يعود التأخر





2- أن تنفى الأطفال المعاقين عقلياً بتصنفون بأنهم مدركون (Isolate) في حين أن نسبة المعزولين عن الجماعة بين الاعتياديين تبلغ نصف ما بلغت بين المعاقين عقلياً.

2- بلغت نسبة الأطفال الذين ترفضهم الجماعة ما بين المعاقين عقلياً 15.46% في حين بلغت النسبة بين الأطفال الاعتياديين نسبة 4.4% وكان من أسباب رفض الجماعة هؤلاء الأطفال هو ما يبدو أنه من سلوكيات عدواني وما يقومون به من أعمال تضايق الجماعة ونزعجهم.

3. النشاط الزائد (Hyperactivity) يمثل ذلك بنشاط غير عادي وأكثر من المألوف من حيث الحركة وعدم الاستقرار والتجهد العضلي المبذول. وقد يظهر ذلك واضحاً جلياً عند الأطفال المصابين بآفة في الجهاز العصبي المركزي، حيث يتصف هؤلاء الأطفال بعدم الاستقرار والحركة المستمرة، والتكرار الملل لبعض الحركات التي لا تقسم باللائق.

وقد يقتصر هذا العرض الذي لا يمكن أن يُطلق عليه مرض، على المعاقين عقلياً وإنما يتميز به كذلك بعض الأطفال الاعتياديين لأسباب مختلفة. وإذا ما وضع هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً في الصف فهم كثيرون متحركين والتنقل، ولا يستقرون على حال كما يحكون مشيتي الانتباه بشكل مميز عن بقية الأطفال الاعتياديين.

نقص الثقة بالنفس:

ابتداءً لا بد من القول أن هناك ارتباطاً بين القدرات العقلية العامة والثقة بالنفس، فكلما كانت القدرات العقلية عالية انعكس ذلك بشكل إيجابي على الثقة بالنفس والعكس صحيح، وبما أن الأطفال المعاقين عقلياً يتميزون بقدراتهم العقلية فإنه معرض أكثر من غيره إلى حالة الفشل والإحباط الذي يزعزع ثقته





بنفسه؛ هذا من جهة ومن جهة أخرى فهو أقل تقبلاً في البيئة الاجتماعية من أقرانه الاعتياديين. لذلك يمكن القول بشكل عام أن نقص الثقة بالنفس بالنسبة للمطلق المعاق عقاباً إحدى الخصائص المميزة له.

مفهوم الذات المنخفض؛

يشير هذا المصطلح إلى رؤية الفرد لنفسه من النواحي العقلية والجسمية والاجتماعية بالإضافة لرؤية الآخرين له. فهو يتصف بالتردد والتكرار وقد يصعب الحصول على استجابة منه إلا بعد أن يشعر بالأمن والطمأنينة، كما أن المطلق المعاق عقاباً يتعرض لكثير من الفضائل والشعور بعدم الكفاءة وعدم التقبل السريع أو المستتر، وهذا ما يجعله يشعر بعدم تقدير الذات.

التكرار الملل؛

يتصف بعض المعاقين عقلياً بميلهم إلى تكرار بعض السلوكيات بشكل مستمر دون ملل أو ضجر أو قد يكرر بشكل كبير جداً جواب لسؤال وخاصة أولئك الأطفال الذين يعانون من تشوش في الدماغ.

إن قصور المطلق المعاق عقلياً تحدد سلوكه في إطار ضيق بعيداً عن الشمولية التي يمكن من خلالها أن يوزع جهده فمحدودية الإمكانيات والقدرات والميل التي تجعله يركز على سلوكيات بسيطة بميل إلى تكرارها بشكل مستمر حتى يصل الأمر أحياناً إلى حد الإصرار.

الدمج والتفصل؛

يرتبط المصطلحان بشكل أساسي بدرجة الإعاقة فلا يمكن أن نتحدث عن الدمج في حالات الإعاقة الشديدة؛ ولكن يمكن ذلك في حالة الإعاقة

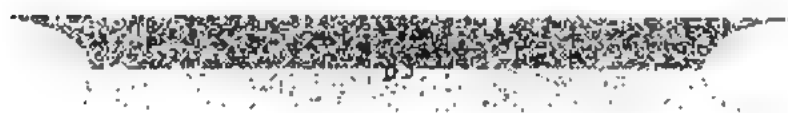




ويختلف دول العالم في صيغ الإدماج المعمول بها إذ لا يوجد اتفاق دولي على صيغ الإدماج.

أما الأشكال التي تقدمها القرية، الخاصة فتتمثل بعضها بالفصل وبعضها الآخر الدمج بأشكال مختلفة ومن هذه الأشكال:

- 1- مؤسسة أو مدرسة ينام بها الأطفال ويتعلمون بها كذلك.
- 2- مؤسسة أو ملجأ يأوى النفاقين أما تعليمهم فيكون في مكان آخر.
- 3- مدرسة نهائية خاصة.
- 4- انصوف النخاسة في المدارس العادية.
- 5- فصول خاصة في مدارس عادية ويختلط انطلق المعاق بشترات مع السلاميذ الاحتياديين.
- 6- يوضع في صنف عادي مع توفير مساعدات داخل المؤسسة مكان تكون عيادات خارجية أو مركز تعليمي.





7- دمج الأطفال المعاقين عوقاً بسيطاً مع الاعتياديين وإشراك معاملة التربية الخاصة لمصاحبة المعلمة الاعتيادية من أجل تسهيل عملها واستيعاب هؤلاء الأطفال.

8- وضع الطفل في صف عادي ويستعين المعلم بمشرف أو مختص ليساعده على كيفية التعامل والطرق الفنية للتعليم والوسائل وغيرها.

وتمثل الأشكال الثلاثة الأولى حالات الدمج بينما بقية النقاط تمثل الأشكال المختلفة للدمج، وهي تختلف من دولة لأخرى لأسباب عديدة ترتبط بسياساتها التربوية وإمكانياتها الاقتصادية، وسدى توفر المختصين في هذا المجال، والحالة الاجتماعية والثقافية. أن الهدف الأساسي من دمج الطفل المعاق مع الاعتياديين هو التفاعل وكسب كثير من الخبرات من خلال الاحتكاك اليومي مع أقرانه الأمر الذي يؤدي إلى التحكيف الاجتماعي، ولكن من أهم الصعوبات التي تواجه هذه العملية هو كيف نجعل الأطفال الاعتياديين يقبلون ويتكيفون مع هؤلاء الأطفال وخاصة مع الكبار إذ أن عملية الدمج تكون أوفر حدثاً للنجاح عندما يكون الأطفال صغاراً لأن مدى الفروق الفردية بينهم لم تتسع بعد بالقدر الذي نراه عند تقدم العمر، والصعوبة الكبيرة الأخرى هي معلمات المتعلمين الاعتياديين اللواتي لم يتم إعدادهن للتعامل مع الأطفال المعاقين.

ففي التجربة العراقية في مجال الصعوق، الخاصة بطيئة التعلم ومن خلال الزيارات لكثير من المدارس التي أحتوى صفوفها خاصة ثم تلمس التعامل الحقيقي الصادق في التعامل مع هؤلاء الأطفال، وصرحت بعض من معلمات المتعلمين الاعتياديين منذ دمج أطفال التربية الخاصة في صفوفهن على أنهم لسن مسؤولات عن التعامل من هؤلاء التلاميذ وإنما هي مسؤولية معلمات التربية الخاصة فقط.

ويقتصر دور معلمات التربية الخاصة في هذه التجربة على تعليم الأطفال بطيئة التعلم القراءة والكتابة والحساب، أما بقية المواد فهي مجزئة مع أقرانهم





الفصل التالي: الحقوق عقلية

وحقيقة الأمر أن معلمات التربية الخاصة لا يذهبن مع هؤلاء الأطفال خلال دمجهم في الدروس الأخرى، ويقتصر الأمر على معلمات الأطفال الاعتياديين، لذلك فإنهم في أغلب الأحيان لا يعمئون العناية والرعاية والاهتمام الكامل إذ تركز معلمات الأطفال الاعتياديين على أطفالهن وأحياناً لا يعرضن بطيئاً لتعليم حتى كرسى المجلوس عليه ويقفون جانباً أحياناً أو يجلسون على الأرض.

فضلاً عن أن معلمات التربية الخاصة لم يصلن إلى درجة الوعي الكافي الذي يدرجكن فيه الجانب الإنساني للتعامل مع هؤلاء الأطفال، وكأن النظرية إنهم اجتماعياً يرتبطون بالأطفال الذين يعلسونهم

لذلك قلنا وجدت دافعية ترقى لأن تكون ومستوى متطلبات هؤلاء الأطفال وأحياناً حتى من قبل الإدارة ذاتها لأن فتح الصف في أغلب الأحيان لم يكن برغبة إدارة المدرسة وإنما بأمر من المديرية العامة للتربية.

كما لم يوجد في كثير من الأحيان صفا يرقى لأن يكون بمستوى الصف الخاص الذي يبحث على استغلال القدرات والطاقات إلى أقصى ما، لذلك يمكن القول أن عملية الدمج ليست عملية سهلة يكون طريقها سهلاً معبداً يملؤه الأزهار والرياحين وإنما هو طريق صعب، ويحتاج إلى شروط ومستلزمات وتهيئة وأعداد لتجاح هذه العملية. فعلى سبيل المثال كيف نهيئ معلمات الاعتياديين أن يتقبلن هؤلاء الأطفال ويتعاملن معهم تعاملًا دقيقاً يجسد الجانب التربوي والإنساني في حالة دمجهم بين معلمات التربية الخاصة: وكيف نهيئ معلمات الأطفال الاعتياديين أطفالهن لقبول هؤلاء الأطفال في حالة دمجهم وتعامل معهم بشكل سليم.

مستويات الدمج:

إن للدمج مستويات هي:

- ١- المستوى المادي: هو أن يلحق الطفل المأق بمدرسة عادية ولمكنه قامة يشارك في أنشطة الفصل، وقلما يتواصل مع المعلمين الاعتياديين.





- ب- الإدماج الوظيفي: ويشترك الطفل بنشاطات أقرانه أو بعض منها مثل التربة اليدوية، الموسيقى، الأشغال اليومية: نشاطات الإيقاظ.
- ج- الإدماج الاجتماعي: ويتحقق ذلك عندما يلعب المعاق بصحة فعليه دوراً اجتماعياً في المجموعة التي يشكّلها الفصل، ويكون هناك تفاعل حقيقي بينه وبين أقرانه بحيث يحس بشعور من الانتماء إلى المجموعة، وأن يكون هناك قبول حقيقي من قبل أقرانه.
- يعد الإدماج الاجتماعي أصعب مستوى لأنه لا يتحقق (لا يتحقق) المستويين السابقين كما أن الوظيفي لا يتحقق إلا بعد الإدماج المادي.

الأساليب العلاجية للمعاقين عقلياً:

لم يقتصر علاج المعاقين عقلياً على أسلوب واحد وإنما تعددت الأساليب التي تعاملت معهم، ومن أشهر الأساليب العلاجية هي:

1- العلاج الطبي Medical Therapy

وهو أحد الأساليب التي استخدمت قديماً وحديثاً لعلاج كثير من الحالات التي تؤثر في الإعاقة العقلية وخاصة تلك المتعلقة بانزواحي العضوية والمتعلقة منها بالسمع والبصر والعيوب المتعلقة بالقدرة التي لها أثر كبير في عملية النمو الطبيعي، وكذلك معالجة بعض حالات الإعاقة البسيطة التي سببها سوء التغذية، فعلى سبيل المثال استخدمت العقاقير الطبية في معالجة مشكلة النشاط الزائد حيث بلغت نسبة النجاح كما أشار بيكر Baker (65-70%) وتعد عقاقير الريتالين Retalin والسايبرات Cylert والدكسدرين Dexedrine أكثر العقاقير استخداماً لمعالجة هذه المشكلة.



الفصل الثاني: المعاقون عقليا

واستخدم هرمون الثيروكسين في علاج القصر (القزامة)، ونقل الدم في حالات انماكل R11، كما استخدمت الجراحة نطقياً نجاحاً كبيراً في معالجة حالات عيوب الرأس وخاصة في حالات التشخيص المبكر.

وقد أثبتت حامض الجلوتاميك تحسناً في الأداء العكبي للشخص في الحالات المزمنة للإعاقة العقلية حيث أصبح الأطفال أكثر انتباه وكفاية. وقد يكون هذا العلاج قد نشط الخلايا المخية وبالرغم من الارتفاع الذي وصلوا إليه إلا أنه لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، وعند توقف العلاج انخفض مستواهم إلى ما كانوا عليه.

2- العلاج الاجتماعي Social Therapy

يرتكز هذا العلاج على المنفبرات البيئية التي لها أثر كبير في سلوك الفرد وفي رؤيته لنفسه، وهل يؤدي ذلك إلى شعور انرضا أو عدم الرضا؟

فكثير من الإعاقات العقلية البسيطة هي نتاج ظروف بيئية يعيشها الطفل وأساليب التربية المقدمة له لذلك يجري التركيز على كيفية استثمار الجوانب الإيجابية لدى الطفل المعاق وإعطائه أدواراً اجتماعية وهو في الأسرة وفي المدرسة وبين أقرانه، وكيفية انشراكه في هذه الأجواء دون التركيز على الجوانب السلبية أو على الأخطاء والسلوكيات غير المرغوبة والتأكيد عليها. ويسعى العلاج الاجتماعي على تقبل الطفل المعاق لحالة عوقه، وانقبول الاجتماعي من قبل الآخرين الذين يتعاملون معه.

3- العلاج النفسي Psycho Therapy

ويتضمن العلاج النفسي شقين الأول هو محاولة فهم الطفل لنفسه وما هي مشاعله؟ وضعف يستغل إمكانياته الذاتية في تحقيق أهدافه؟





أما الشق الثاني فيتعلق بأولياء الأمور ودورهم الكبير في فهم الطفل فهماً كاملاً. يكون للترجيح والإرشاد من قبل المختصين دور كبير لا يمكن لأولياء الأمور من تفهم أبنائهم، وكيف يتعاملون معهم بشكل إيجابي من خلال توفير الظروف الاجتماعية السليمة الكفيلة بتوثيق الأمن والتوافق النفسي المقبول، ويمكن القول أن للمرشد النفسي والآباء دوراً كبيراً في رفع دافعية الأطفال، وتعزيز ثقتهم بأنفسهم وب تغيير الاتجاهات السلبية المؤثرة في جوانب النمو المختلفة.

4- العلاج التربوي Educational Therapy

أن الأساليب التربوية الخاصة هي أساليب هادفة يمكن من خلالها استثمار قدرات وطاقات الطفل بشكل سليم من خلال تعليمه المهارات الأكاديمية والأساسية أو تبعض المهن التي تتناسب مع قدراته الأمر الذي يمكنه الاعتماد على نفسه بدلاً من الاعتماد على الآخرين ويكون له مردود إيجابي على الفرد نفسه وأسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

لذلك فقد أنشأت المدارس الفصول الخاصة التي استوعبت ضعاف العقول ووفرت المواد وأعدت معلمي الصفوف الخاصة عن مختلف الوسائل والأساليب والطرق التدريسية التي من شأنها دفع المتأخرين عقلياً إلى الأمام كما هيئت البرامج الخاصة التي تتناسب مع قدراتهم وإمكاناتهم.

يتم ذلك بشكل فردي في أغلب الأحيان عن طريق تحديد مستوى الأداء الحالي للطفل من خلال المحركات المختلفة أو ما يسمى بالتشخيص التكاملي، ومن ثم وضع خطة تربوية فردية وخطط تعليمية فردية ثم تصاغ الأهداف السلوكية مراعيين في ذلك الأسس العامة للتدريس وهو البدء بالسهل البسيط إلى الصعب المركب ومن المادي المحسوس إلى غير المحسوس يتخللها التقويم ثم بعد ذلك التقويم الختامي، علماً بأن ما يميز التربية الخاصة كونهما مرنين فانه لتعديل والتغيير. بالإضافة ولا توجد فواصل ثابتة وإنما يجب أن تكون الانطلاقة من المتعلم.





5. العلاج بالتعزيز:

لقد أثبت هذا النوع من العلاج فاعليته مع المعاقين على اختلاف درجاتهم في الجوانب الأكاديمية والسلوكية والهارية، يتميز هذا النوع من العلاج بالمنهجية العلمية والموضوعية من خلال قياس السلوك المستهدف ثم يجرى اختيار أحد أساليب التعزيز، كما يتميز هذا العلاج بمرونته للتغيير إذ أن المعززات ليست على درجة واحدة من الفعالية فقد يكون معزز فاعلا مع (س) لكنه أقل فاعلية مع (ص) أو قد يكون غير فاعل بالمرّة مع (ع). أن القيام مع المريض بالتعزيز مستمر وإذا لم يثبت فاعليته في التفسير نتيجة للأسلوب العلاجي أو اختيار المعزز المرغوب سيصار إلى تغيير الأسلوب العلاجي أو المعزز المستخدم.

التعليم العلاجي Remedial instruction

يجسد التعليم العلاجي مراعاة الفروق الفردية إذ أن هذه الفروق بين الأطفال المعاقين عقليا شائعة جداً إذ ما قرئت بالأطفال الاختياريين المتفوقين. وقد حقق هذا الأسلوب نجاحاً كبيراً لعلاج كثير من المشاكل التربوية التي يواجهها الأطفال المعاقون عقليا، فهو يراعي هدية الطفل، وما يمتلك من قدرات وميول وإهتمامات لتكون منطلقاً لتحسينه. يكون العدد صغيراً والأمثل منه لا يتجاوز ستة أطفال، والهدف الأساسي لتعليم العلاجي هو تعزيز ثقة الطفل بنفسه، وإزالة عوامل الخوف والقلق الذي يعتره، ويركز التعليم العلاجي على تحليل المهمة التعليمية إلى خطوات فرعية تساعد الطفل على تعلمها وتخفيف الحالات التي سبق ذكرها، وقد تكون هذه الخطوات وما يعترها من نجاح بمثابة تعزيز داخلي وهناك فرق مشهور في التربية يقول لا يوجد أنجح من النجاح. وينظر كذلك إلى ما تتضمنه هذه المهمة التعليمية انصغرة هل تحتاج إلى حاسة واحدة كالنصر أو السمع أو الاليتين معاً؟ وهل هي نمطية أو غير لفظية؟ وما هي العمليات العقلية التي يحتاجها؟



ومن الأمثلة على البرامج التربوية للتعليم العلاجي برنامج تدريب على القراءة والحساب وهي عمليات أساسية تعتمد على المهارات البصرية الحركية أو المهارات الحسية الحركية، أو برنامج تدريب متعدد من الحواس وربطها معاً أو برنامج لعلاج سلوكيات التخلف عن الزائد عند الأطفال من خلال دة ايل انثيروت الخارجية التي تساعد على السلوك غير المرغوب فيه، وبرنامج يركز على الصعوبات التعليمية التي يتعرض لها الطفل خلال نماذج بسيطة مصفوفة.

منهاج المعاقين عقلياً:

إن المهارات التي يجب أن يتعلمها أو يتدربها المعاق عقلياً ليست بنفس الدرجة من الأهمية وإنما تختلف في أهميتها بالنسبة له كفرد وخلال تعامله من الآخرين وخاصة الأسرة فمن الأولويات لبناء علاقة أفضل بينه وبين الأسرة بشكل خاص هي المهارات الاستقلالية والتي تتضمن مهارات الطعام والشراب واللبس والنظافة ومهارات التنقل؛ وهناك مهارات أخرى قد تتشعب وتتفرع وفق المرحلة العمرية والجنس ودرجة الإعاقة لذلك عندما يصل المعاق عقلياً وخاصة البسيط منها المرحلة الثانوية تضاف إلى المعاق مثلاً مهارات إعداد الطعام ومهارات تنظيم وترتيب البيت، ومهارات التسوق، والمعاق يسعى لتحقيق الاستقلالية الاقتصادية والتصرف النأدي السليم، واستثمار الوقت والأنشطة الترفيهية.

إن المهارات المهمة الأخرى التي تأتي بعد المهارات الاستقلالية هي المهارات الاجتماعية التي تتضمن السلوك الاجتماعي المقبول في الأوضاع المختلفة، المحافظة على النظام وعدم ازعاج الآخرين، تقديم التحية والسلام والشكر واللعب مع الأقران والمشاركة بفعالياتهم.

وتزداد المهارات الاجتماعية كلما تقدم العمر وخاصة بالنسبة للمعاقين عوقاً بسيطاً لتعدد الأدوار، فعليه أن يستجيب لمتطلبات الحياة الاجتماعية، وبناء علاقات



الفصل الثاني: المعاقون عقلياً

اجتماعية مع أقرانه الآخرين من خلال المصادقة، وأنشاد في الأحاديث الاجتماعية، ومراجعة مشاعر الآخرين، وأنشود التعاون ومعرفة النقيم والتقاليد والأعراف السائدة، وتأتي بعد المهارات الاجتماعية من حيث الأهمية المهارات الأكاديمية بالنسبة للمعاقين عقلياً عوفاً بسيطاً بشكل خاص وخاصة القراءة والكتابة والحساب وتبدأ التهيئة من مرحلة ما قبل المدرسة من خلال مسك القلم وتحسين التأخير الحركي البصري من خلال أنشطة متعددة كالقص واللصق والمطابقة والتصنيف بشكل بسيط.

وفي السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية يجري التركيز على تمييز الحروف الهجائية والمطابقة بين الكلمة، والصورة وتكوين كلمات من خلال بطاقات الحروف والمطابقة بين الكلمات المكتوبة على بطاقات والأشياء التي تدل عليها، والتعرف على الحروف النافسة من الكلمات وكتابة بعض الكلمات البسيطة المألوفة والتعبيرة.

وفي السنوات الأخيرة من المرحلة الابتدائية يبدأ تعليمه القراءة التي يتعلمها أقرانه. أما المهارات المتعلقة بالكتابة في مراحل السنوات الأولى تبدأ بهيمنة التلوين، النسخ على النقاط، تقليد أشكال نقطة، كتابة أرقام لمربعة واحدة ثم تتطور بمراحل لاحقة لكتابة الكلمات والجمل والفقرات.

أما المهارات المتعلقة بالحساب فتبدأ بالتمهيد عن طريق المطابقة والفرز والتصنيف والتظيم والعلاقات وتسمية الأعداد من (1-10) وكتابتها. وفي المراحل المتأخرة من المدرسة الابتدائية يجري تعليمه مهارات بمستوى أعلى حيث يجري تعليمه المهارات الحسابية الأربعة (الجمع والطرح والضرب وتقسيم)، والتعرف على وحدات قياس الأطوال والأوزان، ومعرفة التعامل بالنقود، ومعرفة الأزمان والأوقات كما يجري الاهتمام بالمرحلة الأخيرة في الدراسة الابتدائية بمواد أخرى كالعلوم والاجتماعيات والتربية الدينية والفنون والرياضة.





وفي مرحلة الدراسة المتوسطة يجرى التركيز على التهيئة المهنية وخاصة بالنسبة للمعاقين عوقاً متوسطاً أو وفق التصنيف التربوي السابقين للتدريب وتتراوح هذه الفترة ما بين (14-18) سنة من خلال التعريف بالمهن والأدوات المستخدمة فيها، وأهمية هذه المهن بالنسبة للفرد والمجتمع والتي يمكن من خلال هذه معرفة قبول الفرد انهيته التي يمكن أن تعزز وتطور بالإشراف والتوجيه من قبل «مرشد التدريب والأهمل، ويعد أن يتجاوز الثامنة عشرة من عمره يجري تدريبه على مهنة معينة مراعين في ذلك سماته وميونه وقدراته وسوق العمل المحلي.

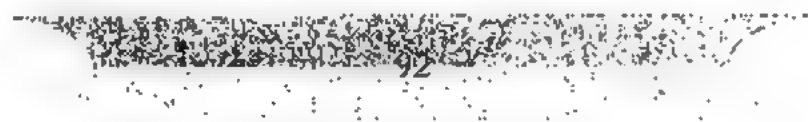
تعليم الأطفال المعاقين عقلياً:

لكي نحقق تعليماً فاعلاً علينا أولاً أن نختار معلماً بمواصفات تتلائم مع هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً وأولها الرغبة الحقيقية للتعامل مع هذه الشريحة، وأن يتحلى بالصبر وسعة الصدر والبساطة، وأن يكون متعاوناً محباً للآخرين مركزاً على الجانب الإنساني أولاً وقبل كل شيء بعيداً عن الجانب المادي.

أن هذه الصفات جميعها هي كفيلة بالمضاء الأوفر والتفاني في أداء الأعمال صادقاً بعيداً عن التكسل والمباطل والاتكالي إضافة إلى أنها تجعل الفرد متجاوباً إلى حد كبير جداً مع متطلبات الإعداد لتعليم هذه الفئة لأن ينهل بشغف كبير كل ما يتعلق بالطرق والأساليب والوسائل السليمة التي يمكن أن تستخدم في عمله، ويكون منتجاً ومثمراً بعيداً عن انشطار والعشوائية.

إن التركيز الأساسي في مجال تعليم المعاقين عقلياً يعتمد على الخبرة المباشرة والجانب الملموس المحسوس لأنهم أكثر حاجة من غيرهم لها فيمكن أن نعلمهم المهارات الحسية والحركية والعقلية حتى الأكاديمية فيتعلم الطفل عن طريق اللعب والنشاط العملي أموراً كثيرة.

ومن أشهر وأفضل الطرق استخداماً مع المعاقين عقلياً هي طريقة المشروع التي استخدمت بشكل كبير جداً وخاصة من قبل البروفيسور ديسكودور وهي





الفصل الثاني: المعاقون عقليا

نجد في حقيقة الأمر فلسفة جون ديوي والتي تعتمد على النشاط الذاتي، والتعليم عن طريق الممارسة الفعلية والخبرة المباشرة. ويمكن أن نستخدم هذه الطريقة في تعليم الأطفال المعاقين عقليا في مجالات عدة كالتجارب التعليمية والاجتماعية والصحية واليدوية والزراعية والمهنية وغيرها.

فهو يرغب الأطفال على سبيل المثال عمل حديقة مدرسية فسيقومون بأنشطة كثيرة ولها تقاسم بينهم وبين المشرف حول اختيار الأرض ومساحتها ومستلزماتها وأنواع المزروعات التي تزرع ومكلفتها وكيفية توزيع العمل وغيرها.

وقد يقوم المشرف بصحبة الأطفال بزيارة بعض المؤسسات التعليمية الأخرى لمساعدة حداثتها المدرسية، ويحفزهم للقيام بأنشطة كثيرة ككتابة ما شاهدوه أو عمل نماذج على شاكلة ما شاهدوه، أو نماذج وفق رؤيتهم الخاصة، وعند الشروع بعمل الحديقة المدرسية يقسم المشرف الأطفال إلى مجموعات كأن تكون كل اثنين أو كل ثلاثة. وهذا ما يقرره المشرف وفق واقع الحال، ولكن يفضل تلبية رغبات الأطفال بالعمل الذي ينوي القيام به مع توجيه وإرشاد لما يتطلبه ذلك العمل فله فرضا أن عمالا يحتاج إلى قدرة جسمانية وكان بعضهم يتميز بقدرته الجسمانية فيوجه أو يرشد المشرف هؤلاء للقيام بالمهمة التي تحتاج إلى هذه القدرة.

فيوزع العمل عليهم للتنظيف - البناء - الحرق - الزرع المتابعة، ويمكن للمشرف أن يستغل هذه الأنشطة لتعليمهم أموراً تتعلق بالقراءة والكتابة والحساب كمن يطلب منهم كتابة كل مادة استخدمت في هذا المشروع وكل زرع، ثم يوضع في مكانه المخصص كما يمكن أن يستخدموا الأرقام لهذه التسميات التي استخدمت في هذا المجال، ثم يتابع هؤلاء الأطفال كيفية نمو المزروعات واحتياجاتها اليومية.

أن المشروع التعليمي قد يأخذ أياماً وأسابيع أو شهور وقد يصل إلى سنين وله فوائد كثيرة منها:





- ١- بناء علاقات اجتماعية فاعلة من خلال العمل الجماعي المتميز الذي يفرس حالة من الانتماء إلى المجموعة ويشيع الحب والألفة والتعاون فيما بينهم.
- ٢- المشروع التعليمي فائدة علمية من خلال معرفة أنشطة كثيرة تتعلق بجوانب حياتية يمكن أن تفتح الباب أمام المعاقين عقليا لعمل مستقبلي وخاصة إذا كان هناك تعاون وإدراك من قبل الأسرة كما يجري تعليمهم خلال المشروع القراءة والكتابة والحساب بطريقة مشوقة.
- ٣- يقوم بأنشطة جسمية وبنوية وفكرية وهي مهمة في عملية البناء وتعلم مهارات حركية مقبولة فضلا عن تأثيرها الإيجابي في التطور الذهني.
- ٤- يمكن أن يكون المشروع انشغالي متفصلاً للمعاقين لتعبير عن ميولهم وقدراتهم الذاتية كعمل نماذج ورسم ونحت وخط وغيرها.
- ٥- عند تعليم المعاقين عملياً المهارات الأكاديمية في إطار الصف يجب أن يعرف معلم التربية الخاصة التعليم الفردي Individual Instruction والذي يراعى تماماً الفروق الفردية بينهم علماً أن مدى هذه الفروق أوسع بكثير إذا ما قورنت بأقرانهم الاعتياديين فهو يسير وفق السرعة التي تناسب وقدرات الطفل المعاق. وقد يحتاج أحدهم إلى تعليم المهارات والمعارف التي تنقصهم والتي تكون معوقة لهم في المسير الصحيح، أو قد يتخذ المعلم من البرامج ما يتناسب والطفل المعاق، ويتسم التعليم الفردي بأنه مرّن لا يتصف بالجمود والتصلب الأمر الذي يمكن تعديله وفق متطلبات الطفل المعاق. كما يدعو إلى بناء علاقة إيجابية متميزة بين المعلم والطفل المعاق وما يشعر به الأخير من احترام وحب وتقدير وحرية اختيار. هذا يساعد على تلبية حاجاته: كما أن له مردود إيجابي على التكيف الاجتماعي والنفسي للطفل المعاق.



الفصل الثاني: المعاقين عقليا

كما يتطلب من معلم التربية الخاصة الذي يقوم بتعليم الأطفال المعاقين أن يعرف أساليب تعديل السلوك، وهي طرق وأساليب فنية ناجحة استخدمت بشكل كبير جداً مع المعاقين عقليا وأثبتت نجاحاً كبيراً في تعليم مهارات أكاديمية وسلوكية ومهارية.

فيركز المعلم بشكل أساسي على التعزيز الموجب مستخدماً كثيراً من المعززات المادية والمعنوية والاجتماعية والنشاطية وبما يتناسب وحالة الطفل المعاق من الناحية العمرية والاجتماعية والاقتصادية، ودرجة الإعاقة على أن تستخدم بشكل نظامي دقيق بعيداً عن العشوائية والتجريب.

كما أنه يستفيد من أسلوب النمذجة Modeling لتعليمه انهارات التعليمية والسلوكية. ويمكن أن يستغل المعلم أسلوب لعب الأدوار لمعالجة كثير من المشكلات السلوكية للأطفال المعاقين. فالطفل الذي يخاف يعطى دور تقبض لذلك هو الشجاع. والطفل الذي لا يتفاعل مع أقرانه يعطى دور الطفل الاجتماعي المتفاعل مع الآخرين، وهكذا كما يجب أن يعرف معلم التربية الخاصة التشكيل كأسلوب من أساليب تعديل انسلوك والذي يجرى المهمة التعليمية إلى أجزاء تناسب وقدرات الطفل المعاق مجسداً التدرج من السهل إلى الصعب. ولا ينتقل المعلم من خطوة إلى أخرى إلا بعد أن يتأكد تماماً أن الطفل قد اتقنها. لذلك فإن أى خطوة من هذه الخطوات ليست لها قدر ثابت من الزمن، ويجرى تعزيزه في كل خطوة من هذه الخطوات، أو قد يكون التعزيز بعد تحقيق انسلوك انتهاى المستهدف وهذا ما يسمى بالتسلسل Chaining الذي يختلف عن التشكيل في تكوين التمريز بآتى بعد أداء المهمة ويستخدم مع الأساليب السابقة أسلوب الحث والتلاشى Prompting and Fading وهو أسلوب يعتمد على حث ودفع الطفل المعاق للاستجابة الصحيحة عن طريق الإشارات والإيماءات والمسمات وإنتاجية الجسدى أو أى حركة مشجعة له على الأداء الصحيح. أى بعد الطفل قدر الإمكان عن النمىل والإحباط فالو سأل المعلم المعلم المعاق سؤالاً ولم يعرف





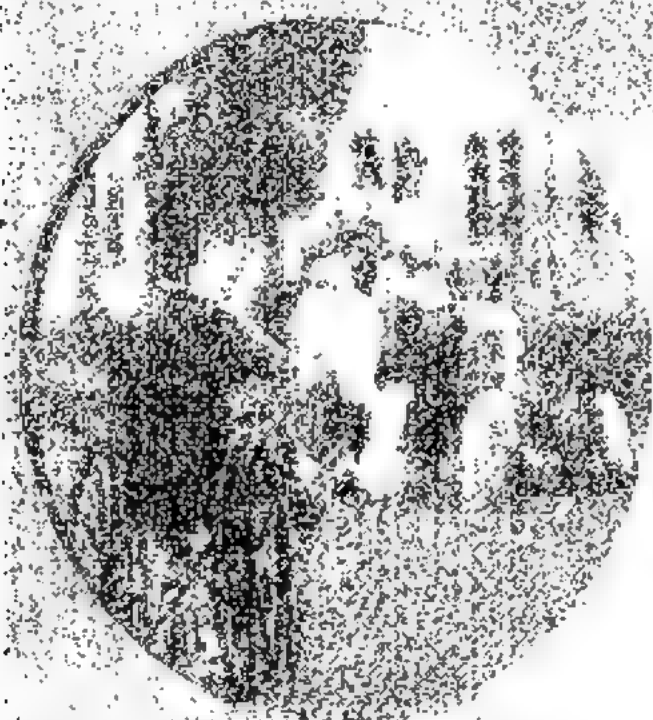
إيجابية يحثه بإشارة وهمسة وتوجيه جسدي للاستجابة الصحيحة، ويعد أن يتأكد تماماً من أداءه لها تأتي مرحلة التلاشي Fading وهو الإبعاد التدريجي لكل المنبهات التي تساعد على الاستجابة الصحيحة فإذا حثه بإشارة وهمسة وتوجيه جسدي، يجعلها اثنتين إشارة وموجه جسدي ثم إشارة فقط ثم يحذف الأخيرة بعد أن يتأكد تماماً من الاستجابة الصحيحة.

إن معرفة المعلم لأساليب تعديل السلوك وما تحمل في طياتها من مراعاة للجانب الانساني والاجتهاد في تعاطيه دفعا قويا في مكنية التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل صحيح ليبعدهم عن أي حالة من حالات الفشل والإحباط لأن هذه الأساليب التي ذكرتها سلفا تؤكد على جعل الطفل الممارس في وضع نفسي جيد. وهي مهمة جداً في رفع دافعيته للعطاء والمشاركة الإيجابية وحرز حالة من الانتماء إلى الصف بشكل خاص والمؤسسة التعليمية بشكل عام.

ويجب أن يعرف معلم التربية الخاصة عدد تلاميذه هؤلاء الأطفال الدور المهم والكبير للوسائل التعليمية بمختلف أشكالها وأنواعها والتي تسهل عمليتي التعلم والتعليم من خلال استشارة المعلم، وتنويع أساليب التعزيز التي تؤدي إلى تحقيق التعلم المطلوب وتأكيده، كما أنها تحمل في طياتها سراً للفروق الفردية.

ويمكن أن يستخدم أساليب أخرى لتحسين أو إطفاء السلوك المشكل أو إكساب السلوك المرغوب فيه مثل التعزيز التفاضلي بأنواعه والتعزيز الموجب والإطفاء والعقاب والإبعاد وتعكس الاستجابة والتصحيح المفرد. إضافة إلى الأساليب التي تهتم على النظرية البياقونية كإزالة التحسس التدريجي، العلاج بالإفازة، الممارسة السلبية.

مجلس الشعب
البرلمان



3



مدخل إلى التربية الخاصة





الفصل الثالث

الإعاقة السمعية

مقدمة:

يعد الإنسان بطبيعة كائن اجتماعياً نشأ في جماعة، وينتمي إليها، ويتفاعل مع أعضائها، ويتواصل معهم، فيتم على أثر ذلك الأخذ والعطاء بينه وبينهم. وتلعب حاسة السمع دوراً هاماً ريارزاً في هذا الصدد حيث تسمح للفرد بسماع الأصوات والكلمات التي يتناقل بها الآخرون من حوله، فيشرع في تقليدها مما يساعده على تعلم تلك اللغة السائدة في جماعته فيتمكن على أثر ذلك من التعامل والتفاعل والتواصل معهم إذ ينقل أفكاره إليهم ويستمع إلى أفكارهم وآرائهم وهو الأمر الذي يسهم بدور فاعل في تطوير سلوكه الاجتماعي، كما يساعده من جانب آخر في فهم البيئة المحيطة بما فيها ومن فيها، فيتعرف بالتالي على ما تتضمنه من جوانب إيجابية، وينتفع بها ويطور فيها، ويتعرف كذلك على ما تضم من مخاطر فيتجنبها، ويتحاشى تلك المواقف التي قد تدفع به إلى مثل هذه المخاطر وإلى جانب ذلك فإن فهمه للآخرين وفهمه للبيئة المحيطة ومشاركته في الأنشطة المختلفة وتطور سلوكه الاجتماعي يمكنه من السهولة على انفعالاته والتعبير المناسب عنها، وهو الأمر الذي يؤثر بشكل واضح على شخصيته ككل.

ومن هذا المنطلق فإن أي قصور يفتاب حاسة السمع يؤثر بطبيعة الحال على الأداء الوظيفي الخاص بها سواء تمثل ذلك في ضعف السمع أو حتى في فقد السمع، ومن ثم فإنه يترك أثراً سلبياً واضحاً على الفرد وعلى جوانب شخصيته بشكل عام عقلياً وانفعالياً واجتماعياً وأكاديمياً ولغوياً وجسيمياً وحركياً. كذلك فإنه يجعله في حاجة إلى تعلم طرق وأساليب خاصة للتواصل كي يتفك ،



جزئياً على تلك الآثار الناجمة، ويصبح أيضاً في حاجة إلى برامج خاصة يتمكن بموجبها من تعلم ما يساعده ولو جزئياً على العيش في جماعته، والإبقاء على قدر من التفاعل والتواصل معهم بما يحقق له قدراً معقولة من التوافق الشخصي والاجتماعي.

مفهوم الإعاقة السمعية:

تعتبر الإعاقة السمعية Hearing impairment من مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين الضعف السمعي البسيط والضعف السمعي الشديد جداً أو الصمم، كما أنها كطاهرة لا تقتصر على كيار السن فقط بل تنتشر كذلك بين الأطفال والشباب مما يجعلها بمثابة إعاقة نمائية أي أنها تحدث في مرحلة النمو. وتعدد تعريفات الإعاقة السمعية بناء على ذلك المنظور الذي يتم تناولها من خلاله، وهناك أكثر من منظور واحد يمكن أن نعرفها من خلاله كالمنظور الوظيفي، والمنظور النسبوي، والمنظور الحسي، والمنظور التربوي على سبيل المثال، وبذلك فمن هذه التعريفات ما يلي:

أولاً: الإعاقة السمعية من المنظور الوظيفي

يعتمد هذا التعريف على مدى تأثير فقد السمعي على إدراك الفرد للغة والمنطوق وفهمه لها. وبذلك فالإعاقة السمعية من هذا المنظور تعني انحرافاً في السمع يحد من قدرة الفرد على التواصل السمعي - اللفظي، وتعتبر شدة الإعاقة السمعية بناء على ذلك فتاجاً لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى كالعمل الزمني عند فقد السمع وهو الأهم إذ تتحدد شدة الإعاقة في ضوءه وذلك استناداً على قدرة الفرد على السمع وفهم الكلام وتفسيره وتمييزه، والمدة الزمنية التي استمرقتها حدوث فقد السمعي، ونوع الاضطراب الذي أدى إليه،



شخصاً عادياً، ولا يمكن له إلا أن تعتبره في عداد غير المعوقين، ويتم من هذا المنظور تصنيف الإعاقة السمعية بحسب شدة الفقدان السمعي إلى عدة فئات تتراوح في درجة الفقدان السمعي بين 24 ديسيبل إلى ما يزيد عن 90 ديسيبل، أي بين الفقد السمعي الخفيف أو البسيط جداً وحتى الفقد السمعي الشديد جداً والذي لا يمكن للفرد من جرائه أن يسمع ما يدور حوله من أحاديث وهذه الفئات هي:

1- فقد سمع خفيف أو بسيط جداً Slight

وتتراوح خلاله درجات فقد السمع من جانب الفرد بين 25-40 ديسيبل، ويعد الفرد الذي يعاني من هذا النوع من فقد السمع في فئة يئية تفصل بين أولئك الأفراد ذوي السمع العادي وبين أقرانهم ثقلي السمع. ولا يجد هؤلاء الأفراد صعوبة في استخدام أذانهم في سبيل تعلم اللغة والكلام بشكل عام.

2- فقد سمع بسيط Mild

وتتراوح درجته بين 41-55 ديسيبل، ويعاني الأفراد في هذه الفئة من بعض الصعوبات التي تحول دون سماعهم ما يدور حولهم من أحاديث خاصة في حالة انخفاض الصوت مما يجعلهم يعانون من بعض صعوبات التواصل وهو ما سوف نعرض له لاحقاً. ورغم ذلك يظل بإمكانهم الاعتماد على أذانهم في سماع تلك الأحاديث وإن احتاجوا إلى رفع الصوت، وإعادة الحديث من جانب من يتحدث إليهم، وعدم وجود خسران في المكان، وما إلى ذلك.

3- فقد سمع متوسط Moderate

وتتراوح درجة هذا النوع من فقد السمع بين 56-70 ديسيبل، ويعاني أفراد هذه الفئة من درجة أكبر من صعوبات التواصل تجعل من الضروري بالنسبة لهم أن يلجأوا إلى استخدام المعينات السمعية كسماعات الأذن بأنواعها المختلفة على





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

سبيل المثال، كما يلزم إلى جانب ذلك حصولهم على تدريب سمعي يمكنهم إلى درجة مقبولة من التواصل مع الآخرين.

4- فقد سمع شديد Severe

وفيه تتراوح درجة فقد السمع بين 71-90 ديسيبل مما يجعل أفراد هذه الفئة غير قادرين على سماع الأصوات أو المؤثرات الصوتية أو السمعية المختلفة حتى وإن كانت على مسافة قريبة منهم مما ينتج عنه وجود عيوب أو اضطرابات مختلفة للنطق لديهم وهو الأمر الذي يتطلب حصولهم على خدمات وبرامج خاصة يتمكنون بموجبها من تعلم الكلام واللغة، ويعتبر مثل هؤلاء الأفراد صماً من وجهة النظر التربوية.

5- فقد سمع شديد جداً Profound

وتزيد درجة فقد السمع في هذه الحالة عن 90 ديسيبل مما يجعل أفراد هذه الفئة غير قادرين مطلقاً على تعلم اللغة سواء عن طريق الاعتماد على آذانهم في سبيل ذلك أو حتى عن طريق استخدام المعينات السمعية المختلفة. وعلى هذا الأساس يصبح من الضروري بالنسبة لهم أن يتعلموا أساليب بديلة للتواصل تركز في الأصل على أساليب التواصل البدوية بكلفة الإشارة والتهجي الإصبعي إلى جانب ارتكازها على الأسلوب الكلي في التواصل.

ثانياً: الإعاقة السمعية من المنظور الطبي

يركز المنظور الطبي على طبيعة القصور أو الخلل الذي يلحق بالجهاز السمعي خاصة بعد إجراء التشخيص اللازم لذلك مما يتضح معه ما إذا كان القصور توصيلياً في طبيعته، أم أنه حسي أعصابي. أم يجمع بين الاثنين، أم أنه يعود إلى مركز الإبصار بالمخ. وبذلك تصنف الإعاقة السمعية من هذا المنظور إلى أربع فئات هي:



1- فقد السمع التوصيلي Conductive

يعد فقد السمع توصيلياً إذا كانت هناك مشكلة في توصيل الصوت من الأذن الخارجية والوسطى إلى الأذن الداخلية مما يؤثر على السمع، أي أنه يعد كذلك إذا كانت هناك مشكلة في قناة الأذن، أو الطبلية، أو هي العظيقات الثلاث المتصلة بالطبلية، أو في أي منها. وبالتالي فإن ذلك من شأنه أن يؤثر على الصوت حتى قبل أن يصل إلى القوقعة والمستقبلات العصبية الموجودة في الأذن الداخلية فلا يتم بالتالي سماع الصوت. وغالباً ما يأتي العلاج الطبي أو الجراحي بنتائج إيجابية في هذه الحالة.

2- فقد السمع الحس عصبي Sensorineural

ويعد فقد السمع حسياً عصبياً إذا نتج عن تلف في القوقعة بالأذن الداخلية أو في العصب السمعي، أي عن تلف في المستقبلات الحسنة بالأذن الداخلية، أو في المسارات العصبية للعصب السمعي إلى المخ، أو في مركز السمع بالمخ. ويعتبر هذا النوع من الصمم من النوع الدائم، وقد يكون وراثياً، كما قد يكون مكتسباً. وينتج هذا النوع من فقد السمع غالباً عن التقدم في السن، أو التعرض لمضوضاء شديدة، وقد لا يفيد التدخل الطبي أو الجراحي في العديد من هذه الحالات.

3- فقد السمع المركب أو المختلط Mixed

يعتبر فقد السمع مركباً أو مختلطاً إذا ما حدثت تداخل بين تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه لتجمع بذلك بين النوعين السابقين من فقد السمع أي التوصيلي والحس عصبي وهو الأمر الذي يجعل من الصعب علاج هذه الحالة نظراً لأنه إذا تم علاج فقد السمع التوصيلي فإنه يصعب علاج فقد السمع الحس عصبي عكساً أوضحنا سابقاً.



4- فقد السمع المركزي Central

وينتج هذا النوع من فقد السمع على أثر حدوث اضطراب أو تلف في مركز السمع بالمخ مما يجعل الفرد غير قادر على سماع الأصوات أو المؤثرات الصوتية أو السمعية المختلفة على الرغم من أن جهازه السمعي قد يكون سليماً بأكمله. وبعد هذا النوع من الأنواع التي يكون من الصعب علاجها.

وابعاً، الإعاقة السمعية من المنظور التربوي

تقسم الإعاقة السمعية من المنظور التربوي إلى فئتين أساسيتين هما الصمم، وضعاف أو ثقلوا السمع وذلك استناداً على التصنيف الوظيفي الذي يربط بين درجة فقد السمع وقدرة الفرد على فهم الكلام وتفسيره وتمييزه.

1- الصمم deaf

ويقصد بهم أولئك الأفراد الذين يعانون من عجز سمعي يزيد عن 70 ديسيبل مما يجعلهم غير قادرين من الناحية انوطيفية على مباشرة الكلام وفهم اللغة المنطوقة. ولا يمكن لهؤلاء الأفراد حتى مع استخدامهم للمعينات السمعية المختلفة أن يكتسبوا المعلومات اللغوية، أو يفهموا بتأثير تلك المؤثرات الخاصة بالكلام والتلف عن طريق حاسة السمع، وهو الأمر الذي يجعلهم في حاجة إلى تعليم أساليب بديلة للتواصل لا تتطلب السمع أو اللغة. وقد يكون هذا الصمم خلقياً Congenital أي يولد به الفرد كذلك، كما قد يكون مكتسباً أو عارضاً adventitious أي يكون قد حدث في أي وقت بعد الولادة سواء قبل أو بعد تعلم الطفل اللغة أي بعد الخامسة من عمره وذلك لأي سبب من الأسباب.

2- ضعاف السمع أو ثقلوا السمع Hard of hearing

وهم أولئك الأفراد الذين يعانون من قصور في حاسة السمع يتراوح في درجته بين 25 إلى أقل من 70 ديسيبل وهو الأمر الذي لا يعوق قدرتهم من الناحية





الوظيفية على اكتساب المعلومات اللغوية المختلفة سواء عن طريق آذانهم بشكل مباشر، أو عن طريق استخدام المعينات السمعية اللازمة حيث يكون لدى هؤلاء الأطفال بقايا سمع Residual hearing تجعل حاسة السمع من جانبيهم تؤدي وظيفتها بدرجة ما وذلك استناداً على مصدر الصوت الذي يجب أن يكون في حدود قدرتهم السمعية.

تركيب الأذن:

تمثل الأذن الجهاز السمعي للإنسان الذي يتمكن بموجبه من سماع ما يدور حوله من أحاديث أو مؤثرات صوتية أو سمعية مختلفة، ويتقوم حبال سماعه للأصوات المتباينة بتقليدها، ثم إصدارها فيكتسب اللغة بهذه الطريقة، ويتمكن على أثرها من التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم. وبالتالي فإن عدم سماع الفرد لما يدور حوله من أحاديث فتتبعه لأي ضرر قد ينعكس جهازه السمعي يجعله غير قادر على استخدام اللغة حيث إنها لا يمكن أن تتطور لديه أو تتطور في تلك الحالة. وتتكون الأذن من ثلاثة أجزاء هي الأذن الخارجية، والوسطى، والداخلية كما يتضح من الشكل التالي:



شكل (1) تركيب الأذن





(١) الأذن الخارجية Outer ear

توجد الأذن الخارجية على شكل بوق على جانبي الرأس، وتتصل بالأذن الوسطى والداخلية عن طريق قناة الأذن. وتضم الأذن الخارجية الصيوان Pinna الذي يعد بمثابة الجزء الخارجي الغضروفي من الأذن، والقناة السمعية الخارجية أو قناة الأذن ear canal؛ والجزء الخارجي من طبلة الأذن ear drum ويعمل الصيوان على استقبال المثيرات الصوتية، وتجميعها وتركيزها وعندما يدخل الصوت إلى قناة الأذن فإنه يصل إلى الطبلة، ونتيجة لتغير ضغط الهواء فزته يتحول إلى طاقة صوتية أو أنه نتيجة لحركة الطبلة يتحول إلى طاقة ميكانيكية. هذا وتضم الأذن الخارجية أجزاء عديدة كما يلي:

١- الصيوان Pinna

وهو عبارة عن غضروف ليس به سوى قدر قليل نسبياً من اللحم؛ ويوجد الصيوان كبوق على جانبي الرأس وهو ما يساعد على تحديد مصدر الصوت سواء كان في الأمام أو الخلف أو غير ذلك، كما أنه يعمل على تجميع الصوت وتركيزه، وتعتمد قدرتنا على تحديد مصدر الصوت على شدته النفسية ونغمته.

2- الجزء الغضروفي لقناة الأذن الخارجية:

ويضم هذا الجزء غدياً شمعية ceruminous ودغنية sebaceous تعمل على إفراز شمع الأذن أو الصملاخ (ear wax) cerumen ويبلغ طول هذه القناة لدى الشخص البالغ حوالي بوصة واحدة وهو ما يسمح بتردد اهتزازات الصوت بمعدل حوالي 3400 هيرتز تقريباً.

3- الجزء العظمي لقناة الأذن الخارجية:

ويحاط هذا الجزء بالعظم الخشاء mastoid bone وهو عظم ذاتي خلف الأذن يشغل الثلث الداخلي منها ويعد رقيقاً جداً. وقد ينمو هذا العظم





بشكل يزيد عن اللازم أو عن الوضع الطبيعي ويعرف آنذاك باسم العرن exostoses أي ناسية عظمية فوق عظم وذئك كاستجابة للتعرض المستمر للمياه الباردة.

4- طبلة الأذن (tympanic membrane (ear drum)

وهي عبارة عن غشاء رقيق مشدود ، ويتألف من ثلاث طبقات ترتبط الطبقة الخارجية منها بغشاء الأذن الخارجية. ويكون الجزء الأعلى منها رخواً في حين يكون الجزء السفلي مشدوداً ، ويعمل الجزء الأوسط في ذلك الجزء المشدود منها كمناطق اهتزاز نشطة استجابة للصوت. أما الجزء العلوي الرخو فينمو بشكل مستمر مما يسمح لها أن تتحم أو تلتئم ثانية (إذا ما حدث بها ثقب أو ما شابه ذلك مما يسبب في علاجها آنذاك ، كما أنه يعمل كحاجز ككتلة أو أنبوب للتهوية .

5- الخلايا الهوائية بعظم الخشاء mastoid air cells

وتوجد هذه الخلايا بالمنطقة العظمية الموجودة خلف الأذن والمعروفة بعظم الخشاء ، وتمتلئ هذه الخلايا بالهواء في الظروف العادية ، أما عندما يتهب أو تصاب بعدوى فإنها تمتلئ بدلاً من ذلك بسائل أو بالصديد.

(2) الأذن الوسطى middle ear

تعمل الأذن الوسطى كمحول مساو للمقاومة الظاهرية للتردد بجائس أو يعادل مقاومة الهواء في قناة الأذن ومقاومة الخلايا الليمفاوية في الأذن الداخلية. وتتألف الأذن الوسطى من عدد من الأجزاء على النحو التالي:

1- العظم المطرق (المطرقة) (malleus (hammer)

ويعد أحد العظيومات الثلاث الصغيرة ossicles التي تضمها الأذن الوسطى ، وتتصل بالطبقة الداخلية للطبلة. وعندما يهتز الجزء العلوي المتحرل من الطبلة كاستجابة لصوت تهتز المطرقة على أثر ذلك.





2- عظم السندان (السندان) (incus (anvil)

يرتبط السندان بالطريقة ، ويهتز مع اهتزازها من جراء اهتزاز الجزء العلوي المترهل من الطبلة. حكما أنه إلى جانب ذلك يرتبط بأعلى العظم الركابي stapes.

3- العظم الركابي (الركاب) (stapes (stirrup)

ويوجد في الجزء البيضاءوي الذي يفصل الأذن الوسطى عن النسيج الليفاءوي للأذن الداخلية ، ويهتز مع اهتزاز السندان.

4- قناة استاكيوس: Eustachian tube

من الجدير بالذكر أن قناة استاكيوس تربط الأذن الوسطى بالأنف والبلعوم ، وتفتح عند البلع أو الكحة حتى يتعادل الضغط بالاذن الداخلية مع ذلك الضغط الموجود بالحنق ، أما إذا وجدت صعوبة في فتحها كما هو الحال بالنسبة لبعض الأطفال نتيجة لقصرها ووضعها الأفقي الذي يفاير ما هي عليه بالنسبة للبالغين يصبح من الأكثر احتمالاً في مثل هذه الأثناء أن يتكون سائل في الأذن الوسطى ، كما أن هذا الوضع من جانب آخر يمنع السوائل بالأذن الوسطى من التحرك وهو الأمر الذي يسبب التهاب الأذن الوسطى otitis media ويسمى للعدوى بالانتشار.

(3) الأذن الداخلية : inner ear

ويحدث فيها آخر تحول للطاقة حيث تتحول الطاقة الميكانيكية إلى موجات صوتية وذلك عند الغشاء القاعدي basilar membrane ومن ثم يتم تحويلها عبر أعصاب السمع إلى المخ حتى تصل إلى القشرة المخية ويتم ترجمتها وتفسيرها والاستجابة لها. وتلعب الأذن الداخلية دوراً حيوياً في الحفاظ على التوازن أو التوجه الحركي. ومن أهم الأجزاء التي تصممها الأذن الداخلية ما يلي:





مبداً إلى التربية الخاصة

1- قوقعة الأذن (القوقعة): Cochlea

وهي جزء من الأذن الداخلية على شكل قوقعة، وتمثل عضو الحس بالنسبة للسمع. ويتحول اهتزاز العظم الركابي إلى نمط من الموجات فيها، وتنتقل هذه الموجات إلى الأهداب cilia الموجودة في الخلايا الشعرية hair cells الداخلية والخارجية فتتحول بالتالي إلى نبضات عصبية يفسرها المخ على أنها أصوات.

2- التيه أو التيه الدهليزي vestibular labyrinth

ويتكون من كيس صغير saccule وحويصلة الأذن الداخلية Utricule والأعضاء الحسية المستوتة عن التوازن، كما توجد بها قنوات صغيرة ودقيقة، أفقية، وأمامية، وخلفية، وشبه دائرية ترسل إشارات للمخ عن حركاتنا الدائرية.

3- العصب الثامن VIII nerve

ويعرف بالعصب السمعي، ويعمل على نقل المعلومات من القوقعة والتيه إلى المخ. كما أنه يعمل في الأساس كخط تحويل من أعضاء الحس إلى مركز السمع بالمخ.

4- العصب الوجهي Facial nerve

ويعرف بالعصب السابع VIII nerve ويعبر موارياً للعصب الثامن على امتداد القناة السمعية الداخلية internal acoustic canal ويعمل على التنبيه العصبي للوجه، ويساعده على الأداء الوظيفي انحس والحركي.

كيف يحدث السمع:

يذهب بيرومات (1996) Berman إلى أنه عندما تدخل الموجات انصبية إلى القناة السمعية فإنها تصطدم بالطبلة مما يجعلها تهتز وتتركز الموجات الصوتية أثر مرورها من منطقة واسعة نسبياً هي الطبلة إلى العظيقات الصغيرة، ثم إلى فتحة صغيرة نسبياً تؤدي إلى الأذن الداخلية، ويؤدي الاختزاز الذي يحدث فيها إلى





الفصل الثالث: الأماهة السمعية

حركة السائل الموجود بالموقعه ويعمل تغير الضغط الناتج في الواقع على إثارة الغشاء القاعدي الذي يتركز عليه عضو كورتى Organ of corti فيحرك الخلايا الشعرية حيث تعمل هذه الحركه على إثارة الخلايا الشعرية الحسية فيجعلها ترسل نبضات خلال العصب السمعي إلى المخ. ومع ذلك فليس من المعروف حتى الآن كيف يميز المخ بين الأصوات مرتفعة النغمة والأصوات منخفضة النغمة. ولكن من المحتمل أن الإحساس بنغمة الصوت يعتمد على تلك المنطقة التي اهتزت من الغشاء القاعدي. كذلك فإن تمييز المخ بين الأصوات المرتفعة والمنخفضة لا يزال هو الآخر غير معروف حتى الآن على الرغم من اعتقاد البعض بأن ارتفاع الصوت إنما يتحدد بمدى شدة اهتزاز الغشاء القاعدي ومن المعروف أن الموجات الصوتية تتحول مباشرة إلى الأذن الداخلية من خلال اهتزاز العظيمة اذو حودة. ويعرف هذا النوع من السمع بالتوصيل العظمى bone conduction ومن ثم يرتبط به نوع من فقد السمع يعرف بفقد السمع التوصيلي.

وجدير بالذكر أن الأذن الداخلية تتضمن قنوات شبه دائرية : وحوبيصلات وأكبياس صغيرة تمثل الأعضاء الرئيسية للتوازن والتوجه. وهناك ثلاث قنوات شبه دائرية مملوءة بالسائل يعمل اثنان منها على تحديد الحركات الراسية أو العمودية للجسم كالتأرجع أو انقراض بينما يقوم الثالث على تحديد حركاتنا الأفقية كالدوران. وتتضمن كل قناة عند قاعدتها منطقة تسمى قارورة أو جراب ampulla توجد فيها خلايا شعرية حسية بشكل كثيف إلى جانب كتلة جيلاينية. وعندما تتحرك الرأس تتحرك تلك القنوات أيضاً بشكل أسرع من حركة السائل الكثيف الموجود الذي تؤدي حركته إلى تحريك الخلايا الشعرية. وكما هو الحال بالنسبة للتوقعة فإن الخلايا الشعرية الحسية تقوم بإرسال نبضات عصبية إلى المخ ومع حركة الرأس تتعرض تلك الخلايا الحسية لضغط متباين مما يؤدي بها إلى إرسال أتماط مختلفة من الإثارة أو النبضات إلى المخ. أما



الحويصلات الصغيرة فتترسل مؤشرات ندمج عن وضع الرأس، وانتبج بالتوقف أو البدء في الحركة.

ووفقاً لما نقره الأكاديمية الأمريكية لطب الأنف والأذن والحنجرة (2000) American Academy of Otolaryngology فإن الأذن تتكون من ثلاثة أجزاء رئيسية تمثل في الأذن الخارجية، والوسطى، والداخلية. وتتصل الأذن الخارجية بقناة الأذن التي تقسمها الطبقة من الأذن الوسطى، وهذه من العضيمات الصغيرة الموجودة بالأذن الوسطى على نقل الصوت إلى الأذن الداخلية حيث يوجد انصب السمعى الذى يقوم بنقله إلى المخ، وعندما يرسل إلى مصدر صوت اهتزازات أو موجات صوتية فى الهواء فإنها تدخل من فتحة الأذن إلى قناة الأذن، ثم تصطدم بانحناء فتجعلها تهتز، وتنتقل تلك الاهتزازات إلى العضيمات الصغيرة بالأذن الوسطى التى تقوم بتوصيلها إلى العصب السمعى بالأذن الداخلية حيث تتحول تلك الاهتزازات إلى نبضات عصبية، وتنتقل مباشرة إلى المخ فيتم تفسيرها على أنها صوت كالموسيقى مثلاً، أو صوت آدمى، أو صوت آلة تشبه سيارة، أو ما إلى ذلك.

ويشير الخطيب (1998) إلى أن الأجسام المختلفة عندما تهتز تصدر عنها ترددات صوتية تتقل بسرعة 760 ميلاً فى الساعة، ويعرف عدد الترددات التى يولدها الصوت فى الثانية الواحدة بالذبذبة frequency ويستخدم مصطلح هيرتز (Hz) hertz للإشارة إلى مقدار التردد فى الثانية الواحدة. وتستطيع أذن الإنسان المادى أن تلتقط الأصوات التى يتراوح مدى ذبذبتها بين 100 إلى 8000 هيرتز، ومع زيادة ذبذبة الصوت يزداد علوه أو جهارته. أما شدة الصوت فتقاس بوحدة الديسيبل (dB) decibel ويسمى ذلك الصوت الذى يستطيع الإنسان أن يسمعه بالحداد بالصوت من مستوى العتبة السمعية threshold sound.





فقد السمع ومفردات التواصل:

قد يتعرض الفرد ظروف مختلفة وعوامل متباينة تؤثر سلباً في قدرته على السمع مما يؤدي بطبيعة الحال إلى ضعف سمعه أو فقد قدرته على السمع كلية مع الأخذ في الاعتبار أن درجة فقد السمع تتفاوت من فرد (ن) آخر، وبعد فقد السمع بمثابة عدم قدرة من جانب الفرد على سماع الأصوات المختلفة بمستوى ارتفاعها العادي. وقد يرجع ذلك إلى اضطرابات أو أمراض تصيب أجزاء الأذن المختلفة، ويسمى فقد السمع في كل حالة باسم الوظيفة السمعية التي أصابها القصور أو ذلك الجانب من الجهاز السمعي الذي يرتبط به، فإن كان يتعلق بالوظيفة التوصيلية أطلق عليه فقد السمع التوصيلي؛ وإن كان يتعلق بالجانب الحس عصبي سمي به، وإن كان يجمع بين الاثنين سمي مختلطاً أو مركباً، أما إذا كان يتعلق بمركز السمع بالمخ فإنه يسمى مركزياً. وهذا يعني أن هناك أنواعاً مختلفة من فقد السمع يمكن أن نعرض لها على النحو الذي تعرض له الأكاديمية الأمريكية لطب الأنف والأذن والحنجرة (1999) American Academy of Otolaryngology والذي يتناول أربعة أنواع لفقد السمع هي التوصيلي، والحس عصبي، والمختلط، والمركزي وذلك كما يلي:

(1) فقد السمع التوصيلي conductive hearing loss

أحياناً تحدث مشكلات في عملية توصيل الصوت من الأذن الخارجية والوسطى إلى الأذن الداخلية مما يؤثر على حدة السمع حتى قبل أن يصل الصوت إلى القوقعة والمستقبلات العصبية nerve receptors الموجودة في الأذن الداخلية. وغالباً ما تكون تلك المشكلات مؤقتة وقابلة للعلاج، وتنتج في أغلبها عن التهاب الأذن الوسطى وهو الالتهاب الذي يستجيب العلاج باستخدام المضادات الحيوية. إلا أنه في الحالات الخطيرة قد يتسبب الأمر تصريف تلك السوائل التي تكون قد تجمعت فيها وذلك من خلال ثقب صغير بالطبلة أو بإدخال أنبوب تصريف دقيق



إلى الأذن. كذلك فإن دخول أجسام غريبة إلى الأذن، أو تجمع شمع الأذن بكميات كبيرة يمكن أن يؤدي إلى فقد السمع مما يتطلب تدخل الطبيب. أما في مرحلة البلوغ فإن أكثر الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى ذلك انتشاراً هيتمثل في تصلب الأذن otosclerosis وهو حالة وراثية مزمنة تظهر خلالها تكونات عظمية إسفنجية في العظم الركابي stapes الذي يصل الأذن الوسطى بالأذن الداخلية، وبالتالي يعوق اهتزاز هذا العظم. إلا أن التدخل الجراحي يلعب دوراً هاماً في علاج مثل هذه الحالة، وغالباً ما يؤدي إلى نتائج إيجابية. ومن ناحية أخرى فإن الصمم يمكن أن يحدث نتيجة وجود ثقب في طبلة الأذن أو حدوث تمزق لها من جراء صوت عال مفاجئ على سبيل المثال، أو دخول جسم غريب فيها، أو نتيجة إصابتها بعدوى وهو الأمر الذي يستلزم التصميم الجراحي للأنسجة grafting ويختصار فإن فقد السمع بعد توصيلها إذا ما كانت هناك مشكلة في قناة الأذن، أو الطبلة، أو في العظيومات الثلاث المتصلة بالطبلة، أو في أي منها. وترجع أسباب فقد السمع التوصيلي في الأساس إلى وجود كميات كبيرة من الصملاخ أو شمع الأذن في قناة الأذن، أو إلى وجود سائل خلف الطبلة. ومما لا شك فيه أن هذه الحالة تستجيب للتدخل الطبي أو الجراحي بشكل كبير.

(2) فقد السمع الحس عصبي sensorineural

وينتج هذا النوع من فقد السمع على أثر حدوث تلف للمستقبلات الحسية الموجودة في الأذن الداخلية (الخلايا الشعرية، وعضو كورتى organ of corti) أو في المسارات العصبية لنصب السمع إلى المخ، أو في مراكز السمع بالمخ، ولذلك فإحياناً يطلق عليه الصمم الناتج عن تلف عصبي سمعي nerve deafness ويعد هذا النوع من الصمم دائماً وقد يكون وراثياً، كما قد يكون مكتسباً حيث قد يصاحب بعض مشكلات الولادة كالعامل الريزمي rh factor أو نقص الأكسجين أثناء الولادة anoxia كما قد يحدث نتيجة الحصبة الألمانية



الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

rubella أو الحصبة يشكّن عام rubeola أو الهريز herpes وهو مرض جلدى يظهر على هيئة بقع حمراء فى الجند ترجع إلى التهاب أوعية دموية صغيرة. وهناك أسباب أخرى ترتبط به منها على سبيل المثال الأورام tumors وإصابات الدماغ، والأصوات العالية، والتسمم بأنواع كالكزتيق أو الرصاص مثلاً، إلى جانب بعض الأدوية التى يمكن أن تؤثر على المسارات السمعية منها الاستربتومايسين streptomycin كذلك فإن الموضيقي الصاخبة هى الأخرى يمكن أن يكون لها نفس التأثير.

هذا ويعد السمع حسياً عصبياً إذا ما نتج عن تلف فى القوقعة بالأذن الداخلية أو فى العصب السمعى وهو ما ينتج فى الغالب عن التقدم فى السن، أو التعرض لضوضاء شديدة وقد لا يفيد التدخل الطبى أو الجراحى فى العديد من الحالات من هذا القبيل، إلا أن سماعات الأذن قد تفيد إلى حد ما وتأخذ هذه السماعات عدة أشكال كما يلي:

- أ- فقد توضع خلف الأذن بالشكل المتعارف عليه.
- ب- قد توضع داخل الأذن وذلك فى جزء من قناة الأذن.
- ج- قد تكون أكثر دقة وتوضع بالكامل داخل قناة الأذن.

(3) فقد السمع المختلط أو المتركب mixed

ويعد هذا النمط من فقد السمع بمثابة تداخل بين كل من فقد السمع التوصيلى وفقد السمع الحس عصبى، وغنى عن البيان أن هناك إلى جانب ذلك تداخلاً بين تلك الأسباب التى يمكن أن تؤدي إلى هذا النمط من أنماط الإعاقة السمعية حيث يجمع بين الأسباب المؤدية إلى السمطين اللذين يتألف منهما وهو الأمر الذى يصعب معه علاجه نظراً لأننا إذا ما قمنا بعلاج فقد السمع التوصيلى وهو النمط الذى يستجيب للتدخل الطبى أو الجراحى، فإن التحسين الذى يمكن أن يحدث لن يكون مجدياً لأن فقد السمع لدى الفرد سوف يظل كما هو نظراً





لأنه لا يزال يعاني من فقد السمع الحس عصبي وهو النمط الذي يصعب علاجه والذي لا يستجيب في الغالب للتدخل الطبي أو الجراحي.

(4) فقد السمع المركزي Central

وينتج هذا النمط من أنماط الإعاقة السمعية على أثر حدوث اضطراب في مرتكز السمع بالمخ أو حدوث تلف به في حين يكون الجهاز السمعى أو جهاز السمع بأكمه لدى الفرد سليماً ولحسن الفرد لا يكون بإمكانه أن يسمع تلك الأصوات أو المؤثرات السمعية أو الصوتية المختلفة، ولا يمكنه بالتالي أن يقوم بالتمييز بينها، ومن ثم فإنه لا يستطيع أن يقوم بتفسيرها. ويعتبر هذا النوع من فقد السمع من الأنواع التي يكون من الصعب علاجها.

ونتيجة لفقد السمع فإن أولئك الأفراد يعانون بطبيعة الحال من صعوبات متعددة في التواصل مع الآخرين قد تحول دون إقامة علاقات جيدة معهم خاصة لو كانوا يعانون من الصمم حيث تتمثل الشكوى الشائعة من جانبهم وعلى وجه الخصوص من جانب ثقيل السمع أو ضعاف السمع في أنهم رغم وجود بقايا سمع لديهم تجعلهم قادرين على السمع ولو جزئياً فإنهم لا يستطيعون أن يفهموا ما يسمعون حيث لا يكون الكلام واضحاً بالنسبة لهم كما يتمكنوا من ذلك. وقد يرجع هذا الأمر إلى أن فقد السمع يؤدي إلى ثلاثة أنواع من مشكلات أو صعوبات التواصل يمكن أن نعرض لها على النحو التالي:

1- صعوبة سماع الأصوات المنخفضة (فقد الحساسية):

يعتبر فقد السمع بمثابة عدم قدرة من جانب الفرد على سماع الأصوات المختلفة بمستوى الارتفاع العادي حيث يجد الفرد نفسه غير قادر على سماع تلك الأصوات بشكل دقيق ما لم تكن مرتفعة عن المستوى العادي وما يعرف بفقد الحساسية للأصوات المنخفضة وهو الأمر الذي يجعله مضطراً إلى أن يقوم بتكبير مثل هذه الأصوات حتى يصبح قادراً على سماعها بدقة. وعلى هذا





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

الأماس نجده يقوم بين حين وآخر برفع صوت التلفزيون أو الراديو لكي يتمكن من متابعة ما يسمعه: أو يطلب من الآخرين أن يرفعوا أصواتهم بعض الشيء حتى يفهم ما يوجهونه له من أحاديث أو ما يطلبونه منه.

2- صعوبة سماع الحروف الساكنة (فقد سمع للترددات العالية):

عادة ما يجد مثل أولئك الأفراد الذين يعانون من فقد سمع الترددات أو النغمات العالية high-frequency loss صعوبات جمة في سماع وفهم الحروف الساكنة ذات النغمات العالية مثل التاء والتاء والتسين وغيرهما، أو الحروف الساكنة الإنجليزية مثل p, s, sh, b, f, و عندما يحدث ذلك فإنهم يجدون صعوبة في التمييز بين الكلمات التي تنتهي بمثل هذه الحروف، مثل cap, cat, catch على سبيل المثال أو بعض الكلمات مثل نحاس، نحاس، تخاف، وغيرها مما يعوقهم عن مواصلة المحادثة التي يقومون بها مع غيرهم، كما أن ذلك قد يؤدي بهم في أحيان أخرى إلى إجابات خاطئة للأسئلة الموجهة إليهم لذلك.

3- صعوبة فهم الحديث عند وجود ضوضاء (فقد التركيز):

هناك بعض الأفراد لا يجدون أي صعوبات أو مشاكل في فهم الحديث عندما ما يتم في مكان هادئ أو في موقف مواجهة واحد لواحد فقط ولكنهم مع ذلك يخبرون مشكلات جمة عندما يتواجدون في جو من الضوضاء حتى وإن لم يصل مستوى تلك الضوضاء إلى معدل ارتفاع حديثهم فنجدهم يطلبون ممن يتحدث إليهم أن يكرر ما قاله، أو أن يرفع صوته بعض الشيء حتى يتمكنون من فهمه بشكل جيد، وهذا ما يعرف بنقص التركيز في ما يمثل بؤرة الاهتمام focus loss وقد تمثل تلك الضوضاء في موسيقى يعج بها المكان حتى وإن كانت خفيفة، أو في أحاديث جانبية لبعض الأفراد الموجودين بالمكان كما هو الحال في المطاعم أو المسارح أو دور السينما أو في المدرسة أو الموقف المماثلة.



أسباب الإعاقة السمعية :

تتعدد أسباب الإعاقة السمعية ويمكن تصنيف تلك الأسباب في ثلاث فئات هي :

1- عوامل قبل الولادة : ومن أهمها ما يلي :

- أ- أسباب وراثية.
- ب- تشوهات خلقية.
- ج- الحصبة الألمانية.
- د- نقص اليود.
- هـ- العامل الريزيسي.

2- عوامل أثناء الولادة : ومن أهمها ما يلي :

- أ- نقص الأكسجين.
- ب- الصدمات التي تؤدي إلى نزيف المخ.
- ج- مرض الميرقان.

3- عوامل بعد الولادة : وتضم هذه العوامل مجموعتين من العوامل بحسب المرحلة التي

تسود فيها العوامل المتضمنة ، وذلك كما يلي :

المجموعة الأولى : عوامل تسود في مرحلة الطفولة ، ومن أهمها ما يلي :

- أ- الحصبة.
- ب- النكاف أو التهاب الغدة النكفية.
- ج- التهاب السحايا.
- د- دخول أجسام غريبة إلى الأذن.



و- التهاب الأذن الوسطى.

و- صدمات الدماغ.

المجموعة الثانية: عوامل تسود بداية من مرحلة البلوغ وما بعدها، ومن أهمها ما يلي:

أ- التعرض للضوضاء الشديدة لفترات طويلة.

ب- اضطرابات الأيض.

ج- التقدم في السن أو الشيخوخة.

د- تصلب الأذن.

هـ- صدمات الدماغ.

هذا ويمكن أن نتناول تلك العوامل بشئ من التفصيل على النحو التالي:

أولاً: عوامل قبل الولادة

وتتضمن هذه العوامل ما يمكن أن يحدث قبل أن يولد الطفل ولكنه مع ذلك يترك أثراً سلبياً عليه بعد ولادته، ويمثل ذلك بالتالي مجموعة المتغيرات والعوامل التي إما أن تؤدي إلى انتقال سمات معينة إلى الجنين تؤثر سلباً عليه وتستمر معه طوال حياته، أو تعد بمثابة مواقف وشروط ومتغيرات تتعرض الأم الحامل لها وينتقل أثرها اليها إلى الجنين ويلزمه طوال حياته أيضاً. وقد تعدد هذه العوامل، إلا أن أبرزها ما يلي:

(1) الأسباب الوراثية:

مما لا شك فيه أن الوراثة تعني انتقال سمات من الآباء والأجداد إلى الأبناء والأجيال التالية، وتعد الوراثة مسئولة عن حوالي 50-760 من حالات الإعاقة السمعية حيث تنتقل إليهم بعض الصفات الحيوية والحالات المرضية من خلال الفيروسومات الحاملة لهذه الصفات كضعف الخلايا السمعية أو العصب





انسمعى. وتزداد احتمالات ظهور مثل هذه الحالات مع زواج الأقارب ممن يحملون تلك الصفات. وقد تظهر الإصابة بالصمم الوراثي إما في مرحلة الطمونة أو حتى الأربعينيات من العمر كما هو الحال بالنسبة لتصلب الأذن أو عظيمات الركاب. وتحدث مثل هذه الحالات التي تعد الوراثية هبها هي المسئولة عن الإعاقة السمعية بنسبة تصل إلى 1: 2000 تقريباً، فكما أن حوالي 90% من هذه الحالات إنما ترجع إلى جين متنح بحيث يستقل الصمم إلى الأبناء من آباء لا يعانون منه مطلقاً ولكنهم مع ذلك يحملون جينات الصمم، أما النسبة الباقية فترجع إما إلى جين سائد حيث يولد الطفل أصماً لأبوين م الصم أو حتى يكون أحدهما أصماً. فكما أنه قد ينقل عن طريق الكروموزوم 'جنسى' وهى هذه الحالة يتأثر به الطفل الذكر فقط دون الأنثى.

هذا وقد توصل فريق من الأطباء فى المعهد القومى للبحوث بالولايات المتحدة الأمريكية (1997) إلى أن الجين رقم 7 يعد مسئولاً عن حوالي 10% من حالات فقد السمع الوراثي، فكما أكدوا على وجود أحصاء جينية تنتج عن جينات متنحية تعد مسئولة عن القدر الأكبر من هذه الحالات. ولذلك فإن المراكز المتخصصة فى دراسة برامج الجينوم البشرى human genome تقوم حالياً بدراسة هذا الموضوع حتى يتمكنوا من تقديم العلاج الجينى المناسب الذى يمكن من خللته الحد من هذه الإعاقة.

(2) التشوهات الخلقية:

تشتمل التشوهات الخلقية من عوامل شيروراثية فتعبر عن لها الأم الحامل كإصابتها ببعض الأمراض وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل من بينها على سبيل المثال إصابتها بالحصبة الألمانية، أو الزهري، أو الإنفلونزا الحادة وهو ما يؤثر بشكل مباشر على تكوين نجهاز انسمعى للجنين. هذا إلى جانب تعرضها لأمراض أخرى لها نفس الخطورة مثل البول السيكري. وإضافة إلى ذلك





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

فمن تعاضى الأم الحامل بعض العقاقير دون استشارة الطبيب، أو تعاضىها الكحوليات، أو التدخين، أو استخدام بعض العقاقير بانتظام مهما كانت تراكها بسيطة كالأسبرين مثلاً خلال تلك الشهور الثلاثة الأولى من الحمل حتى وإن كان لأغراض طبية أخرى، أو استخدام بعض العقاقير بغرض الإجهاض يؤدي إلى حدوث تشوهات تكوينية، ويؤثر سلباً على خلايا السمع لدى الجنين وعلى جهازه السمعي عامة.

(3) الحصبة الألمانية:

تعد الحصبة الألمانية rubella, German measles بمثابة مرض فيروسى معد ينتشر بين الأطفال والبالغين الأكبر سناً عن طريق الرذاذ من أشخاص الحامل للعدوى. وتعد الحصبة الألمانية أخف وطأة من الحصبة عامة، كما أن الطفح الجلدى الذى يظهر على أثرها بعد فترة حضانة للفيروس تمتد من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع نادراً ما يستمر أكثر من ثلاثة أيام. كذلك فإن العدد الليمفاوية الموجودة خلف الأذن تصبح آرق وأكثر انخفاً وتعد الحصبة الألمانية خلال الفترة الأولى من الحمل مصحوبة بمخاطر متزايدة حيث قد يحدث "الإجهاض"، أو قد يحدث شذوذ أو تشوه فى تكوين الجنين سواء فى السمع، أو القنب، أو العين وخاصة تكون المياه البيضاء، أو الإعاقة العقلية الفكرية. وبذلك يبلغ احتمال المخاطر من جرائها بالنسبة للجنين خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل ما بين 30-35%

(4) نقص اليود:

يؤدى نقص انيود iodine deficiency إلى حدوث قصور فى الأداء العقلى للطفل حيث يعتمد تطور الجهاز العصبى المركزى كى يصل إلى الأداء الوظيفى العقلى العادى على كميات مناسبة من هرمون الغدة الدرقية thyroid وهو يتطلب وجود مخزون كاف من عنصر انيود الذى يؤدى نقصه إلى القزامة ومرض



الجوهر gnter أما بالنسبة للأم الحامل فإن حدوث نقص في عنصر اليود في غذائها يمكن أن يؤدي إلى حدوث اضطرابات تكوينية عديدة للجنين حيث قد يؤدي إلى تلف العديد من الخلايا بالمخ، وهو ما قد يحدث خلافاً في الجهاز السمعي للجنين يؤدي إلى إصابته بالصمم.

(5) العامل الريزي: rhesus, rh factor

تنتج هذه الحالة عن اختلاف حموية دم الأم عن فصيلة دم الجنين حيث تتكون أجسام مضادة لدى السمل على أثر ذلك. وإذا كان هذا العامل سالباً لدى الأم (-) وموجباً لدى الأب (+) فإن الاحتمال الأكبر بالنسبة للطفل أن يكون هذا العامل موجباً لديه (+) وهو ما يعني اختلاف فصيلة دم الأم عن فصيلة دم الجنين، وهنا سوف تتكون أجسام مضادة في الدم لدى الأم خلال فترة الحمل تعمل على تدمير خلايا الدم الحمراء للجنين. ويؤثر مثل هذا الوضع على خلايا المخ ويحكون من نتيجته حدوث فقد سمع جزئي لدى 80% من هذه الحالات؛ وحدث الشلل الدماغي لدى 50%، كما قد يؤدي من جهة أخرى إلى الإعاقة العقلية أو الفكرية أيضاً.

ثانياً: عوامل أثناء الولادة:

وتتثل هذه المجموعة من العوامل في مجموعة الظروف والمتغيرات غير المواتية التي يمكن لها أن تحدث أثناء ولادة الطفل من صدمات أو صدمات عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي إلى نزيف بالمخ، أو عدم وصول الأكسجين إلى المخ بكميات مناسبة وربما الاختناق، أو إصابته بالصفراء وكلها أمور يمكن أن تترك أثراً سلبية عليه. ويمكن تناول هذه العوامل على النحو التالي:



(1) الصدمات التي تؤدي إلى حدوث نزيف بالمخ Traumatic brain damage

قد يتعرض المولود لبعض الصدمات أثناء الولادة نتيجة الاستخدام الخاطئ للشفط والملاقط التي يتم إخراجها بواسطتها من رحم الأم خاصة إذا كان حجمه كبيراً، أو كان وضعه غير طبيعي إذ قد يتم الضغط على رأسه بها مما يؤدي إلى نزيف دماغي وإلى تلف في الخلايا السمعية يؤدي به إلى الإصابة بالصمم.

(2) نقص الأكسجين أثناء الولادة anoxia

قد تؤدي تلك المشكلات التي يمكن أن تحدث أثناء الولادة خاصة في الولادات المتعسرة إلى عدم وصول الأكسجين إلى المخ لفترة من الوقت، وقد يمثل ذلك في عدم وصول الأكسجين كلية إلى المخ anoxia, total loss of oxygen أو عدم وصوله لجزء من الوقت hypoxia وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تلف عصبي دائم يتضمن قصور سمعي حسي عصبي وذلك لدى حوالي 2% من الحالات تقريباً وبذلك فإن نقص الأكسجين أثناء الولادة إنما تمثل في واقع الأمر مشكلة كبيرة في هذا الصدد وهو الأمر الذي يمكن الإقلال منه بمزيد من الإجراءات والاحتياطات الطبية اللازمة التي ينبغي تلخيص أن يراعيها: والتي يمكن بواسطتها تجنبه.

(3) مرض اليرقان jaundice

ويصيب نسبة كبيرة من المواليد العائدين والمبتسرين تقريباً، ويطلق عليه انصفراء حيث من أعراضه اصفرار الجلد والعينين وذلك بسبب تجمع أو تراكم مادة تسمى البيليروبين bilirubin تنجم عن تدمير خلايا الدم الحمراء، وتحول الهيموجلوبين إلى بيليروبين على أثر ذلك، وعندما تصل هذه المادة إلى الكبد فإنه يقوم بتحويله لتحويلها إلى شكل سائل متحلل يمكن أن يخرج من الجسم في البول، إلا أنه من المحتمل عند تجمع هذه المادة في الجسم أن تعمل على تلف خلايا



المخ وذلك عندما تزداد تلك المادة في الدم، وبعد الصمم أحد تلك المشكلات التي يمكن أن تنتج عن هذه الحالة.

ثالثاً: عوامل بعد الولادة

تتمثل هذه العوامل في كل ما يمكن أن يتعرض له الطفل بعد مولده، وخلال طفولته ومراهقته ورشدته من عوامل ومتغيرات متباينة تؤثر سلباً على جهازه السمعي بشكل معين وبدرجة معينة كذلك، وتعرضه بالتالي إلى فقد السمع سواء كان ذلك كلياً أو جزئياً، وتحدث بعض هذه العوامل خلال مرحلة الطفولة، بينما يحدث بعضها الآخر بعد ذلك بداية من مرحلة المراهقة وحتى مرحلة الشيخوخة. ومن هنا فإنها تنقسم إلى مجموعتين من العوامل استناداً على تلك الفترة الزمنية التي تسود فيها وذلك كما يلي:

المجموعة الأولى: عوامل تسود في مرحلة الطفولة:

تتمثل هذه المجموعة من العوامل فيما يمكن أن يتعرض له الطفل من عوامل ومتغيرات وأمراض تؤثر سلباً على جهازه السمعي، وتتراوح تلك العوامل بين دخول أجسام غريبة في أذنه، والتهاب أذنه الوسطى، وإصابته بالحصبة، أو النكاف، أو الالتهاب السحائي، أو ما قد يتعرض له من صدمات في الدماغ، أو الهريز. وسوف تعرض لذلك على النحو التالي:

(1) الحصبة measles, rubella

مرض فيروسي معد يصيب الأطفال صفار السن، وينتشر عن طريق الرذاذ من الأنف والفم والحلق خلال مرحلة العدوى التي تبدأ لمدة تتراوح بين يومين إلى أربعة أيام قبل ظهور الطفح الجلدي وتستمر بعد ذلك من يومين إلى خمسة أيام. وتتمثل أعراض الحصبة بعد فترة حضانة الفيروس incubation تتراوح بين 7-14 يوماً في الحمى أو ارتفاع درجة الحرارة، ورشح من الأنف، وأحمرار العينين،





الفصل الثالث: الإعاقات السمعية

ويظهر بقع بيضاء في الفم يتبعها ظهور طفح جلدي على الوجه لا يلبث أن ينتشر إلى باقي الجسم. وتختفي هذه الأعراض في غضون فترة تتراوح بين 4-7 أيام. ويقتل هذا الفيروس من مناعة جسم الطفل الصغير للأمراض، وقد يكون مصحوباً بفيروس يصيب مركز السمع بالمخ، كما قد يتبع الإصابة بالحصبة تدهور في القدرة العقلية، ونوبات تشنج، وشذوذ حركي، كذلك فإن إصابة الأم الحامل بالحصبة يمثل خطراً كبيراً على الجنين في هذا المصدد. ولذلك يجب أن يتم تطعيمها ضدها حتى تتجنب ما يمكن أن يترتب على ذلك من آثار سيئة.

(2) النكاف أو التهاب الغدة النكفية mumps

سرعن معد يزرعة كبيرة تسببه الإصابة بفيروس يعمل على تضخم الغدد اللعابية salivary glands والغدد والأنسجة المحيطة به إلى جانب تضخم النحل الشوكي (السحايا)، وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي بالقطع إلى الصمم. والتهاب المفاصل arthritis وتضخم الخصيتين والكلية والبنكرياس أو الغدة الدرقية. ويكثر هذا المرض بين الأطفال في سن المدرسة وخاصة أولئك الأطفال الذين لم يتم تطعيمهم ضده، كما ينتشر في الشتاء والربيع.

(3) التهاب السحايا meningitis

ويعتبر التهاب غشية السحايا من أهم الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة السمعية حيث تشتمل البكتيريا أو الفيروسات حال إصابة الطفل بهذا الالتهاب بمهاجمة الأذن الداخلية مما يؤدي إلى فقدان الطفل للسمع، وقد يصل الأمر إلى فقد مركزى للسمع وذلك إذا ما وصل أثره إلى مركز السمع بالمخ. وحدير بالذكر أن هذا الالتهاب يصيب الذكور في سن الرابعة بنسبة تزيد عن الإناث وذلك من أربع إلى عشر مرات.



(4) دخول أجسام غريبة foreign bodies إلى الأذن:

وقد تدخل أجسام غريبة إلى الأذن أو القناة الخارجية كالحمى والحشرات الصغيرة والخرز والوزيق وعيدان الثقاب وما شابهها مما يترقب عليه تراكم المادة الشمعية أو انصملاخ في القناة السمعية مما يؤدي إلى انسداد الأذن فلا تسمح بمرور الموجات الصوتية بدرجة كافية أو واضحة فتصل على أثر ذلك مشوكة إلى الطبلية وفي كثير من الأحيان قد يؤدي دخول مثل هذه الأجسام إلى الأذن إلى حدوث ثقب بالطبلية أو إلى تمزقها.

(5) التهاب الأذن الوسطى otitis media

بعد هذا الالتهاب بمشبه التهاب حاد أو مرض يصيب الأطفال منغار السن وخاصة في مرحلة الرضاعة، وقد ينتج عن إصابة الطفل بالحصبة، إلا أنه في الغالب ينتج عن البكتيريا، وبالتالي يمكن علاجه بالاضادات الحيوية، وتحدث هذا الالتهاب يتجمع صديد خلف طبلة الأذن مما يؤدي إلى الشعور بالألم، وارتفاع درجة الحرارة، وقد تنقب أو تنفجر طبلة الأذن مما يؤدي إلى خروج الصديد من الأذن وحدث ضعف سمعي من جراء ذلك.

(6) صدمات الدماغ:

تؤدي الصدمات التي قد يتعرض لها الطفل في دماغه على أثر حدوث بعض التعرضات البيئية للعارضة كحدوث طمعة أو مدغمة شديدة له، أو وقوعه بشدة على الأرض وارتطام رأسه بالأرض، أو اصطدام رأسه بشدة بجسم صلب، أو سقوطه من أماكن مرتفعة واصطدام رأسه بالأرض بشدة، أو تعرضه لبعض الحوادث التي تؤدي إلى إصابات شديدة بالدماغ، أو خسارة بعض كبرىه أو بآنة معدنية ثقيلة على رأسه، أو غير ذلك مما قد يؤدي إلى حدوث نزيف بالمخ، أو نزيف بالأذن، أو تمزق طبلة الأذن أو حدوث ثقب بها، أو إصابة أجزاء من جهازه السمعي بضرر بالغ.



(7) الهربس herps

هو عدوى فيروسية حادة تصيب الجلد تظهر على هيئة بقع حمراء على الجلد نتيجة التهاب أوعية دموية صغيرة، وتكون هذه البقع على هيئة بثرة مملوءة بسائل وهناك نوعان من هذه العدوى ينتقل أحدهما عن طريق النجم، أما الآخر فينتقل عن طريق الاتصال الجنسي فتستقر معه الفيروسات على أثر ذلك في الجهاز التناسلي للأُنثى وتنتقل إلى الجنين بعد ذلك حتى تصل إلى خلاياه العصبية، وهناك بعض العوامل التي قد تعمل على إثارة هذا المرض بعد أن يكون قد تم الشفاء منه كالإصابة بالحمى، أو الأمراض المعدية، أو التعرض لأشعة الشمس المباشرة، أو الدورة الشهرية، أو الحمل مما يؤدي إلى ظهوره من جديد وهو ما يدفعنا إلى ضرورة الانتباه لذلك.

المجموعة الثانية: عوامل تسود بداية من مرحلة البلوغ وما بعدها:

وتتمثل هذه المجموعة من العوامل في تلك المتغيرات والمؤثرات والأمراض التي يمكن أن يتعرض لها الفرد في بيئته آنذاك والتي عادة ما يكون من شأنها أن تؤثر سلباً على جهازه السمعي وعلى شدة سمعه. وتتراوح هذه العوامل بين التعرض المستمر للضوضاء واضطرابات الأيض، والتقدم في السن، ونصايب الأذن، وصدمات الدماغ، ومرض منيير، وسوف نعرض لذلك كما يلي:

(1) التعرض المستمر للضوضاء:

يرى كوبيل (Koppel 2003) أن هذا التعرض المستمر مثل ذلك الأمر يعرف بالتلوث بالضوضاء noise pollution وهي بطبيعة الحال ضوضاء من صنع الإنسان تضر بصحته ورفاهيته حيث أنها تنتج عن أشياء ابتكرها الإنسان ويستخدمها بشكل مستمر كوسائل النقل والاتصالات بأنواعها المختلفة، والمصانع وخلافها على سبيل المثال، وهي جميعاً تؤثر بشكل سلبي على شدة السمع، كما يمكن أن تؤدي إلى فقد السمع التوصيلي، وتحمب شدة انضوضاء



بالديسيبل dB وبعد مقياس الديسيبل بمثابة مقياس لوغاريتمي logarithmic بحيث تمثل كل زيادة مقدارها عشرة ديسيبل زيادة تقدر بعشرة أضعاف في شدة الضوضاء. كما أن إدراك الإنسان للصوت المرتفع يتم هو الآخر في إطار مقياس لوغاريتمي بحيث يتم إدراك أي زيادة مقدارها عشرة ديسيبل بشكل مضاعف في ارتفاع الصوت، وبذلك فإن الزيادة التي يبلغ مقدارها 30 ديسيبل تعد أكثر في شدتها بمقدار عشرة أضعاف من تلك الزيادة التي تبلغ 20 ديسيبل، كما أن ارتفاع الصوت في الحالة الأولى التي تبلغ الزيادة فيها 30 dB يكون ضعف ارتفاعه في الحالة الثانية التي تبلغ الزيادة فيها 20 dB. ومن هذا المنطلق فإن الزيادة التي تبلغ 40 ديسيبل تعد أكثر شدة بما يعادل مائة مرة قياساً بتلك الزيادة التي تبلغ 20 ديسيبل، وأن ارتفاع الصوت يزيد في الحالة الأولى التي تبلغ الزيادة فيها 40 dB بمقدار أربعة أضعاف ارتفاعه في الحالة الثانية التي تبلغ الزيادة فيها 20 dB، وكذلك فإن الزيادة التي تبلغ 80 ديسيبل تزيد في شدتها بمليون مرة عن تلك الزيادة التي تبلغ 20 ديسيبل، ويزيد ارتفاع الصوت فيها عنه بمقدار 64 مرة وذلك عند وصوله إلى الأذن. وعلى ذلك فإن السيارة التي تسير بسرعة متوسطة على صفاة ثلاثين متراً من الفرد تصل الضوضاء الصادرة عنها إلى خمسين ديسيبل. أما بالنسبة لقائد هذه السيارة أو للمشاة الذين تمر بجوارهم فإن صوتها يحل إلى ما يعين ديسيبل، أي أن صوتها يتضاعف أربع مرات، وكذلك الحال بالنسبة للطائرات، أو حتى الآلات التي تستخدم في مختلف السيارات.

ومن المعروف أن الشخص العادي عندما يتعرض لضوضاء تبلغ شدتها 45 ديسيبل لا يكون بإمكانه أن ينام، أما إذا وصلت شدة الصوت إلى 120 ديسيبل فإن ذلك يسبب ألماً في الأذن، إلا أن تأثير الأذن من قبل الضوضاء وإمكانية حدوث تلف بها يبدأ من 85 ديسيبل. وكذلك فإن التعرض المستمر للضوضاء يمثل عاملاً حاسماً في مثل هذا الإطار حيث يؤدي إلى نقص في القدرة على السمع عاماً بعد آخر، ويعيداً عن فقد السمع فإن هذا الصوت المرتفع



الفصل الثالث: الإضافة السمعية

واستمراره يمكن أن يؤدي إلى الأرق، وزيادة نبضات القلب، وعسر الهضم، والغرقة، وارتفاع ضغط الدم، واختلال حدوث أمراض في القلب، والتأثر.

(2) اضطرابات الأيض:

تشير بروهاسكا وهوفمان (1996) Prohaska & Hopffman إلى أن نقص الأملاح والتمعدن أو الفيتامينات، أو الخلل الذي يمكن أن ينتاب عملية الأيض metabolism أي عملية الهدم والبناء في الجسم إنما يعد في الواقع من العوامل الأساسية التي يمكن لها أن تؤدي بطبيعة الحال إلى فقد السمع إذ أن ذلك كله عادة ما يكون من شأنه أن يؤثر سلباً على الأداء الوظيفي للسمع، كما يمكن لهذا النقص أو خلل الخل أن يؤدي من جهة أخرى إلى حدوث تنف في خلايا المخ.

(3) التقدم في السن أو الشيخوخة presbycusis

يتعرض الفرد لضعف سمع تدريجي بداية من منتصف الثلاثينيات من عمره يستمر معه حتى الثمانينيات، وقد يرجع ذلك إلى العديد من الأسباب من بينها حدوث قصور في وظائف الخلايا العصبية أو تصلبها مما ينتج عنه ضعف في سمع الترددات العالية قبل حدوث ضعف في سمع الترددات المنخفضة، وإن كان مثل هذا الأمر يحدث بعد ذلك مع زيادة في نسبة حدوثه بين الذكور قياساً بالإناث وهو ما يرتبط بطبيعة عمل كلا الجنسين وما يمكن أن تتضمنه من مصادر مختلفة للضوضاء ويضيف بون وسكريتش (1995) Bone & Scherich إلى ذلك عدداً من العوامل التي يرجع إليها فقد السمع في هذا السن هي الأسباب الوراثية، والأسباب الجراحية، وإصابات الدماغ.

(4) تصلب الأذن otosclerosis

وينتج هذا المرض عن وجود عظمة غير عادية في الأذن الوسطى يؤدي وجودها هذا إلى حدوث تدهور تدريجي في القدرة على السمع، ولا يحدث هذا





المرض في مرحلة الطفولة ، إنما يكون بدايته مع بداية فترة البلوغ وما بعدها ويؤدي مثل هذا المرض ما لم يتم علاجه جراحياً بإزالة العظم الركابي إلى فقد السمع تتراوح شدته في واقع الأمر بين المتوسط والشديد.

(5) صدمات الدماغ:

تعد تلك الصدمات التي قد تتعرض الرأس لها ، أو ما قد يلحق بها من إصابات تترك أثراً على مركز السمع ، أو الكسور التي قد تتعرض لها من جراء الحوادث عاملاً أساسياً من تلك العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية حيث قد ينتج عنها إما تلف الأذن الوسطى ، أو كما قد يحدث في بعض الحالات الأخرى يمكن أن تؤدي إلى حدوث إصابات مباشرة في مركز السمع بالمخ.

(6) مرض منيير Menier

يعتبر هذا المرض من الأمراض التي تصيب الشبان ، ويؤدي إلى حدوث زيادة في ضغط السائل في الأذن مما ينتج عنه حدوث جملة أعراض مرضية مثل الدوار ، والرنين أو الطنين في الأذن أو في الرأس عامة. ولا يوجد هناك حتى الآن علاج محدد يمكن أن يؤدي إلى شفاء منه.

تقييم السمع :

يمكن للفرد أن يطمئن على شدة سمعه من خلال قيامه بالإجابة عن عدد من التساؤلات ذات الأهمية في هذا الصدد ، نذكر منها على سبيل المثال ما يلي:

1- هل يبدو للفرد أن الآخرين يتمتمون أو يتحدثون بصوت أكثر انخفاضاً قياساً بما اعتادوا أن يقوموا به؟

2- هل يشعر الفرد بالإرهاق أو الغضب والانفعال عقب قيامه بإجراء محادثة طويلة مع أحد الأفراد الآخرين؟





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

- 3- هل يتسنى الفرد أحياناً بعض الكلمات المفتاحية في الجملة التي يستمع إليها أو يتطلب الأمر بالنسبة له أن يطلب ممن يتحدث إليه أن يعيد ما قاله مرة أخرى؟
 - 4- عندما يكون الفرد وسط مجموعة أو في حشد من الناس في مكان مزدحم هل يجد صعوبة في الاستمرار في الحديث أو في متابعة تلك المحادثة التي يجريها مع أحد الأشخاص؟
 - 5- هل يتضايق الفرد من تلك الظروف التي تحدث حال تفاعله اجتماعياً مع الآخرين لأنها تضايقه أو تموقه آنذاك عن الاستمرار في حديثه معهم أو سماع ما يصدر عنهم من أحاديث مختلفة؟
 - 6- هل يحتاج الفرد إلى أن يقوم باستمرار برفع صوت التلفزيون أو الراديو عند الاستماع إلى أي منهما؟
 - 7- هل يجد صعوبة معينة في سماع صوت جرس الباب أو الهاتف؟
 - 8- هل يجد صعوبة في إجراء أي محادثة بالتليفون مع أي شخص يتصل به؟
 - 9- هل أخبره أحد المقربين منه بأنه من المحتمل أن تكون لديه مشكلة معينة بالسمع يعاني منها وذلك على أثر ما قد يلاحظه منه؟
 - 10- هل يشعر الفرد في بعض الأحيان بأنه من الأفضل بالنسبة له أن يتعد عن الآخرين ويتجنبهم لأنه لا يسمع ما يقولونه جيداً وبالتالي فهو دائماً ما يفكر أحاديثهم بشكل خاطئ مما قد يسبب له بعض المشكلات معهم؟
- وبعد أن يقوم الفرد بذلك عليه أن ينتبه جيداً إلى أن هناك بعض الأعراض التي تدل على فقد السمع بدرجة ما ، وإن إجابته على تلك التساؤلات السابقة هي





التي تحدث له ذلك حيث أن غالبية هذه الأعراض ترتبط بها، ومن ثم فإن من أهم هذه الأعراض ما يلي:

- 1- أن تلك الأصوات التي يسمعها الفرد من الآخرين لا تزيد في الواقع عن كونها مجرد تمتعه فقط *mumbling*.
- 2- يضطر الفرد إلى أن يحرك رأسه بشكل معين لكي يتمكن من سماع من يتحدث أو يهمس إليه في موقف معين.
- 3- يجد الفرد صعوبة في سماع من يتحدث إليه من خلفه أو حتى من المجرة المجاورة.
- 4- يجد نفسه مضطراً إلى أن يقوم بالملاحظة الدقيقة لشفتي من يتحدث إليه حتى يتمكن من متابعة تلك المحادثة.
- 5- يعد متابعة المحادثة التي يجريها الآخرون معه أو التي تجري أمامه بمثابة أمر صعب بالنسبة له وذلك عندما يكون في وسط مجموعة من الناس.
- 6- يجد الفرد نفسه مضطراً إلى رفع صوت التلفزيون أو الراديو حتى يصبح بإمكانه أن يستمر في الاستماع إلى ذلك البرنامج أو تلك الأغنية المقدمة أو ما إلى ذلك.
- 7- يجد صعوبة في سماع الصوت بشكل دقيق عن طريق التلفزيون.
- 8- يجد صعوبة في الاستماع إذا ما كان بأحد المسارح أو إحدى دور السينما أو الملهي على سبيل المثال.
- 9- من الصعب عليه أو يستمع أن يتابع المحادثات بشكل دقيق إذا ما كان بيئة صاخبة كالمطعم أو السيارة مثلاً.



الخصائص الثلاث: الإعاقة السمعية

10- يبدأ في التحد من أو تحجبهم أنشطته الاجتماعية على أثر وجود مشكلات أو صعوبات مختلفة في السمع والتواصل مع الآخرين من جراء ذلك.

11- يخبره الآخرون عنه كأفراد أسرته أو أصدقائه أو زملائه بأنهم يضطرون إلى أن يقوموا بتكرار ما يقولونه له حتى يصبح بإمكانه أن يسمعهم بشكل دقيق، وأن يتابع ما يصدر عنهم من حديث وخلافه، ويمكن أن نضيف إلى ذلك ما يلي:

أ- يفسر الطفل أحاديثاته وربما تعنيماً أو إرشاداتاً بشكل خاص، كما قد ينظر في الاتجاه الآخر إذا لم يتمكن من سماع ما نوجهه له من حديث.

ب- أنه عادة ما قد يقوم بأفعال مزعجة غير مدببة بها نوجهه إليه من أحاديث عندما لا ينبغي أن يكون عندما حسب ملاحظتنا له.

ج- يميل إلى الصراخ المستمر دون وجود سبب ظاهري أو مقنع لذلك.

د- قد تصدر عنه أصوات عفوية وربما يطل يتمتم بيته وبين نفسه.

هـ- يضطر الوالدان إلى تكرار النداء عليه ورفع صوتهما حتى يستجيب، دائماً ما يكون صوته مرتفعاً بشكل غير طبيعي.

ز- عادة ما يرفع صوت التلفزيون بصورة مزعجة معللاً ذلك بأنه لا يسمع.

ح- يتردد على تكرار ما يقال أمامه إذا لم يكن الصوت مرتفعاً بدرجة كبيرة.

ط- يلجأ إلى استخدام يديه باستمرار كإشارة بلفظها نظر والديه إليه.

ي- ينصرف عن الحديث مع من يحيط به إلى عالمه الخاص.

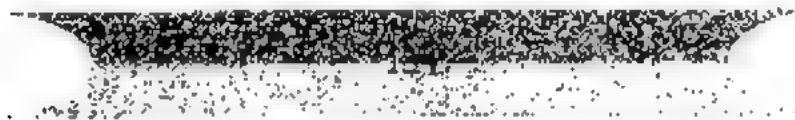


فحص السمع:

يعتبر فحص السمع hearing testing بمثابة وسيلة لتقييم الأداء الوظيفي السمعي للفرد ، ويتم في سبيل ذلك استخدام عدد من المقاييس حتى يمكننا التعرف على مدى وجود أي خطأ يتعاقبنا و نسمع في الأذن الداخلية. وتستخدم مثل هذه المقاييس في الأساس كوسيلة تصفية يمكن على أثرها الإقرار بإمكانية استخدام اختبارات أخرى أكثر تقدماً كالتربيع المغناطيسي magnetic resonance على سبيل المثال أم لا. كما أنه أحياناً ما تستخدم تلك الاختبارات إلى جانب الاختبارات الأخرى التي يتم استخدامها في سبيل فحص الدهليز vestibular testing وذلك حتى يتم تشخيص اضطرابات معينة. وإضافة إلى ذلك فإن ما في هذا الفحص من شأنه أن يحدد في تحديد إمكانية استخدام سماعات للأذن إذا ما كان ذلك سيفيد الفرد الذي يعاني من فقد السمع الجزئي. وقبل ذلك يجب أن تراعى مدى وجود بعض المؤثرات والأعراض الحسية والسلوكية التي تكشف عن احتمال وجود إعاقة سمعية سواء لدى الطفل أو الشخص الراشد وما تناولناه من قبل. ومن أهم الاختبارات التي يتم استخدامها في سبيل ذلك ما يلي:-

أولاً: الاختبارات السريرية

هناك العديد من الأساليب التي يتم بمقتضاها فحص السمع في العيادة، وتعرف مثل هذه الأساليب أو الاختبارات بأنها اختبارات تتم بجانب سرير المريض beside testing وتعد جميعها بمثابة إجراءات تصفية يتحدد على أثرها ما إذا كان ينبغي استخدام اختبارات أخرى أم لا ، وإذا كنا سنستخدم اختبارات أو مقاييس أخرى فيجب التعرف على نوعيتها وتحديدتها. ومع أن القياس الرسومي للسمع يعتبر غاية في الأهمية فإننا أحياناً قد لا نتمكن من استخدام أجهزة دقيقة





الفصل الثالث: الإمالة التجميعية

وذلك لأسباب متعددة، وبالتالي فإننا نلجأ في مثل هذه الحالات إلى مقاييس أخرى معينة منها على سبيل المثال ما يلي:

1- اختبارات الشوكة الرنانة ringing forks.

2- اختبار انهمس whispering.

3- طرقعة الأصابع rubbed fingers.

4- الساعة الدفافة ticking watch.

ويمكننا أن نعرض لمثل هذه الاختبارات أو المقاييس على النحو التالي:

(1) اختبارات الشوكة الرنانة:

يتم من خلال هذه الاختبارات فحص قدرة الفرد على سماع ترددات معينة حيث يتم استخدام ثلاث شوكلات رنانة ذات أحجام مختلفة، وتعد الشوكة الأطول هي الأعلى في نغمة الصوت إذ يصل التردد الناتج عنها إلى 512 هيرتز. ويشير جاكوب وآخرون (1993) Jacob et al. إلى أن هذا المقياس يعد من أكثر المقاييس المستخدمة شيوعاً في العيادات الطبية، كما أنه يعرف أيضاً باسم اختبار رينيه Rinne نسبة إلى أدولف رينيه Adolf Rinne الذي قدمه في عام 1855. ويتم بواسطة هذا الاختبار المقارنة بين سمع الفرد حال وضع قاعدة الشوكة الرنانة عند عظم الخشاء mastoid bone وعندما يصل التردد إلى عدم استساغة هذا الصوت الناتج عن وضعها عند عظمة الخشاء بالنسبة له -، وعندما يتم وضع القمة التي تهتز من هذه الشوكة على بعد بوصة واحدة من فتاة الأذن الخارجية، وعلى ذلك فهي تكشف عن مدى وجود فقد سمع توصيلي لدى الفرد. وتتراوح الترددات الصادرة عن هذه الشوكة بين 1024-256 هيرتز، ويمكنها قياس الضوضاء الناتجة عن الرنين ما بين أقل من 5، 17 ديسيبل وأكثر من 30 ديسيبل.





أما الأنماط الأخرى من هذه الاختبارات فتعد بمثابة مصادر قريبة للإصدار بعض الضوضاء التي يتم تقريبها من الشخص الذي نقوم بفحصه شدة أو حدة سمعه، أو إعادها عنه في سبيل التعرف على مدى وجود فقد للسمع لديه. ومن هذه الاختبارات ما يلي:

أ- اختبار ويبير Weber

يتم في هذا الاختبار وضع شوكة رنانة يصدر عنها 512 هيرتز على جبين المريض بحيث إذا ما سمع الصوت الناتج في أحد جانبيه أعلى من ذلك الصوت في جانبها الآخر فإنه لابد وأن يكون بذلك يعاني إما من فقد سمع توصيلي أو يعاني من فقد سمعي حسي عصبي. وهو الأمر الذي يحتاج إلى اختبارات أكثر دقة حتى يتم تشخيصه وتحديد به بشكل دقيق.

ب- اختبار سكواباتش Schwabach

يستخدم هذا الاختبار بغرض المقارنة بين توصيل عظام المريض والفاحص للصوت بحيث إذا ما توقف المريض عن السمع قبل الفاحص فإن هذا يعني بالضرورة وجود فقد سمع حسي عصبي لديه، أما إذا سمع الرنين لوقت أطول من الفاحص فإن ذلك يعني وجود فقد سمع توصيلي لديه. ومن هذا المنطلق فإن مثل هذا الاختبار يتطلب بالضرورة أن يكون سمع الفاحص عادياً، ولا ينبغي أن يعاني من أي درجة لفقد السمع.

ج- اختبار رنج وسكواباتش Ring & Schwabach

ويتم في هذا الاختبار خبط الشوكة ووضعها على عظمة الخشاء للمريض، ويقوم الفاحص بسد قناتي الأذن للمريض بالتأويب، فإذا كان سمعه عادياً، أو إذا كان يعاني من فقد سمع حسي عصبي فسوف يلاحظ حدوث تغير



الفصل الثالث: الإمالة السمعية

فى الصوت نتيجة سد قناة الأذن، بينما إذا كان يعانى من فقد سمع توصيلى فإنه لن يلاحظ حدوث أى تغير.

(2) اختبار الهمس Whispering

يعتبر هذا الاختبار من الاختبارات الأولية التى يمكن من خلاله اختبار قدرة الطفل على السمع حتى من قبل أوئلك الأفراد غير المختصين كالوالدين والمربين بحيث يقف الواحد منهم أو الفاحص خلف الطفل أو بجانبه، ويتحدث إليه همساً، ثم يشرع بعد ذلك فى الابتعاد عنه تدريجياً حتى يصل إلى مسافة يشير إليه الطفل عندها، أنه لم يعد قادراً على سماع انصوت، ويمكن أن يتم هذا الاختبار لكل أذن على حدة وذلك بعد أن تتم تغطية الأذن الأخرى، وبالتالي نحدد قدرة كل أذن على السمع بمفردها، وكذا قدرة الأذنين معاً.

(3) طرقة الأصابع rubbed fingers

ويشبه هذا الاختبار تماماً اختبار الهمس، إلا أننا نستخدم خلاله طرقة أو فرقة الأصابع بدلاً من الهمس فى الاختبار السابق. ويتم ذلك بالقرب من الطفل، ثم يشرع الفاحص فى الابتعاد التدريجى عنه وذلك حتى يصل إلى تلك المسافة التى يشير له أنه لم يعد باستطاعته أن يسمعه عندها. ذلك فيه يمكن أن نستخدم هذا الاختبار للأذنين معاً، أو لكل أذن منهما على حدة بعد أن نقوم بتغطية الأذن الأخرى.

(4) اختبار الساعة الدقاقة ticking watch

ويطلب من المفحوص فى هذا الاختبار أن يقف وهو منخفض العينين عند النقطة التى يمكن لشخص غير الموق أن يسمع صوت أو دقات الساعة التى تشبه ساعة الجيب. وكلما تعذر عليه سماع هذا الصوت يتم تقريبها منه حتى يتمكن من سماعها. وتحسب المسافة التى يسمع عندها صوت الساعة قياساً





بالإضافة إلزامية تسمعين أي غير المعوقين بحيث إذا قلت عن نصفها لدى الأفراد غير المعوقين يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهذا الفرد أن يعاني من ضعف السمع.

ثانياً: الاختبارات المتقدمة

وهي أنواع من تلك الاختبارات الأكثر دقة التي يتم فيها استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة في سبيل التعرف على شدة السمع بالتحديد إلى جانب التعرف على مواطن القصور أو الاضطرابات التي قد تتعرض لها أجزاء مختلفة من الأذن أو الجهاز السمعي بشكل عام، وبذلك يتم من خلالها التحديد الدقيق لدرجة فقد السمع، وكما يتم أيضاً بواسطة التحديد البقي لنمط فقد السمع من جانب الفرد. كما يتم عمل تحاليل للسمع، ويتم تحديد نوع التدخل اللازم إذا ما كان الأمر يتطلب ذلك؛ ومن أمثلة هذه المقاييس ما سوف نتناوله في النقطة التالية.

قياس شدة السمع:

يستخدم مصطلح قياس السمع audiometry عادة لوصف ذلك القياس التشخيصي أو الرسمي للسمع، وعادة ما يتم هذا القياس باستخدام جهاز مخصص لهذا الأمر هو الأوديوميتر audiometer حيث يتم قياس حدة أو شدة السمع عند ترددات تتراوح بين نغمات منخفضة تبلغ شدتها 250 هيرتز ونغمات عالية تبلغ حدتها 8.000 هيرتز. ويتم تحديد مستوى السمع كميّاً بالديسيبل بحيث نلاحظ أنه كلما ارتفع عدد الديسيبل كان السمع سيئاً، وكلما زادت درجات الديسيبل عن عشرين كانت هناك مشكلات في السمع، ويمكن قياس حدة السمع لكل أذن على حدة على أن يتم استخدام شكل مستقل كي يمثل شدة السمع لكل





أذن ، كما يجب كذلك أن يستخدم لونا مختلفاً للتعبير عن حدة السمع لكل أذن.

وعندما يتضح من تخطيط السمع أن المريض يعاني من فقد للسمع فإن الخطوة التالية ينبغي أن تتمثل في تحديد ما إذا كان فقد السمع هذا يرجع إلى مشكلات حسية أي أنه يكون حسياً عصبياً ، أم أن هناك مشكلات آلية يرجع إليها مما يجعله فقداً توصيفياً للسمع. ويمكن أن يتم قياس شدة السمع باستخدام جسم عظمى هزاز يتم من خلاله تجنب تلك الأجزاء للأذن الوسطى حيث تسلك الاهتزازات طريقاً آخر ، فإن تحسن السمع فإن ذلك يقى عن فقد سمع توصيلي. ويمكن أن يتضمن القياس الروتيني لحدة السمع بعض المقاييس الفرعية أيضاً. وهناك بعض المقاييس الأكثر شيوعاً واستخداماً من بينها ما يلي.

(1) القياس السمعي للكلام Speechaudiometry

ويتم ذلك القياس عن طريق قيام الفاحص بقراءة قائمة من الكلمات، ويطلب من المريض أن يميز بين هذه الكلمات التي تتضمنها مثل هذه القائمة. وبمقارنة مستوى فهمه لتلك الكلمات وإدراكه لها بذلك المستوى المتوقع ممن هم في مثل سنه يمكن استنتاج مدى وجود قصور مركزي في السمع لديه من عدمه.

(2) قياس الانعكاس السمعي لعظيمة الركاب أو استجابة عضلية عظيمة الركاب:

يقوم قياس الانعكاس السمعي لعظيمة الركاب acoustic reflex testing في الواقع على إخضاع الأذن لصوت مرتفع ، ثم القيام بتحديد ما إذا كان ذلك يجعل تلك العضلات المتصلة بالركاب تضغط عايه أم لا ، وهو ما يعد بمثابة إشارة على حدوث خلل في الأداء الوظيفي لمركز السمع بالذات ، ومن ثم يكون فقد السمع مركزياً.





(3) قياس ضغط الهواء على طبلة الأذن typanometry

ويعد ذلك بمثابة وسيلة يمكن من خلالها التعرف على مدى تصلب أو تليين طبلة الأذن، وهو ما يعمل على تقييم الأداء الوظيفي للأذن الوسطى، ويساعد ذلك في اكتشاف أي مشاكل بالأذن الوسطى، أو الضغط السالب بها، أو حدوث قصور في الأداء الوظيفي لتلك التعظيمات الصغيرة الموجودة بها: ossicles أو وجود ثقب ببطلة الأذن، أو حدوث تصلب في أدلة حدة الأذن. ولأداء هذا الاختبار يتم وضع محبس أو مسبار Probe رقيق في قناة الأذن مع حدوث كمية صغيرة من الضغط بها، ثم تقاس حركة الطبلة كاستجابة لهذا الضغط، وتظهر النتائج على شاشة جهاز التيمبانوجرام tympanogram وهو الجهاز المخصص لذلك، فإذا كان هناك سائل بالأذن الوسطى لن تهتز الطبلة بشكل سليم، وسيكون السطر المطبوع على الشاشة مستوياً، أما إذا كان هناك هواء بالأذن الوسطى فهذا هو الطبيعي، لكن ضغط هذا الهواء أكثر أو أقل من الضغط الجوي المحيطة، وسوف يؤدي ذلك إلى حدوث تغير في شكل الخط المطبوع على الشاشة، وبالتالي فإنه لن يكون مستوياً.

(4) قياس الاستجابات السمعية المثارة من جذع المخ:

يهدف قياس الاستجابات السمعية المثارة من جذع المخ brainstem auditory evoked responses (BAER) إلى قياس توقيت صدور الموجات الكهربائية من جذع المخ كاستجابة لتلك النبضات clicks التي تحدث في الأذن. ويتم عمل رسم بياني ثلاث موجات لكل أذن هي تلك الموجات أرقام 1، 3، 5 ويكشف أي تأخر في أي جانب قياساً بالآخر عن حدوث خلل في العصب الثامن الذي يصل بين الأذن وجذع المخ، أو حدوث خلل في جذع المخ ذاته. وبالتالي فإن هذا الاختبار له أهميته القصوى حال حدوث قصور في السمع لدى الفرد يرجع في أساسه إلى حدوث خلل عصبي لديه.



(5) الرسم الكهربى لاستجابة الفرد للتنبية السمعى electrocochleography

ويتم ذلك من طريق إقفال الفرد لمعينه، ثم يتم وضع قطب كهربائى فى طبلة الأذن وذلك لزيادة حجم الموحه رقم واحد، من تلك الموجات الثلاث المنشأه من جذع المخ. وبعد هذا الرسم بمثابة إجراء تكنولوجى صعب، وعلى الرغم من فائدته الإيجابية اتواضحة فى التشخيص الدقيق فإنه مع ذلك لا يكون دائماً مفيداً، ولذلك لا يتم اللجوء إليه إلا فى تلك الحالات التى لا يمكننا أن نستغنى عنه فيها.

(6) قياس المقاومة الظاهرية فى الأذن الوسطى لإصدار الأصوات:

بعد قياس تلك المقاومة الظاهرية فى الأذن الوسطى لإصدار الأصوات otoacoustic emissions من الاختبارات الحديثة تسمى بقياس السمع للأطفال حديثي الولادة كما أنه يعد فى ذات الوقت أمثوياً لتحديد مدى قيام القوقعة enclia بأدائها الوظيفى. ويتم فى هذا الاختبار وضع محبس أو مسبار دقيق فى قناة الأذن على أن يلحق به سماعة دقيقة وميكروفون دقيق أيضاً، ثم يتم إرسال أصوات هادئة عن طريق السماعة تسرى خلال الأذن الوسطى فتثير تلك الشعيرات الموجودة بالقوقعة مما يجعلها تستجيب بإصدار أصواتها الدقيقة التى يكشف عنها الميكروفون حيث يقوم بتكبيرها وتضخيمها. وإذا كان هناك فقد للسمع فإن هذه الشعيرات لا تقوم بإصدار مثل هذه الأصوات الدقيقة.

أهم المشكلات التى يواجهها الصمم وضعاف السمع:

هناك العديد من المشكلات التى يتعرض لها كل من الصمم وضعفاف السمع، وهى وإن تشابهت فى جزء منها فإنها تختلف فى أجزاء أخرى وفقاً لدرجة فقد السمع، ووقت حدوث تلك الإعاقة، والمدة التى تستغرقها، فتمد المسمع، والقدرات السمعية المتبقية، والبيئة التى ينشأ الطفل فيها، والمستوى الاقتصادى



مدخل إلى التربية الخاصة



الاجتماعى الثقافى لأسرته، ومدى التعاون والتكامل بين الأسرة والمدرسة، وكم الرعاية المخزاةة التى يلقاها: وما إلى ذلك من عوامل وسميترات مختلفة تجعل من الأفراد الصم عامة فئة غير متجانسة، كما تجعل من ضعاف السمع أيضاً فئة غير متجانسة، كذلك فإن الصم وضعاف السمع ليسوا فئة متجانسة وإن كانت وجود ضعاف السمع مع الصم هى نفس المدرسة كما هو الحال فى مدارس الأمل يجعلهم لا يستخدمون اللغة فى تواصلهم مع الآخرين، ويلجأون إلى الإشارات بدلاً من ذلك مما يفقدتهم تلك المفردات اللغوية التى يكتسبونها من قبل وذلك عاماً بعد الآخر.

ومشكلات ومتاعب يصادفها الطفل ضعيف السمع يمكن أن نه رغب لها كما يلي:

1- أنه يشعر بضيق عند رؤيته الآخرين وهم يتكلمون فتبدو له وجهه علامات غضب تظل ملازمة له طوال حياته وذلك فى صورة نوبات رفض غير متطقية.

2- تقوته بعض الكلمات فلا يستوعب المعنى الصحيح للجملة، وقد يخلطه بمعنى آخر، وبالتالي فهو يستجيب للمعرفة بما يظن أنه سمعه وهو ما يكون قد فهمه بالقطع.

3- يخشى أن يكون كلامه عندما يتكلم فى غير موضعه مما يجعله يلجأ إلى عدم تكلمة الكلمات المختلفة أو إتمامها.

4- لا يمكنه أن يوازن بين درجات صوته أو نغماته الصوتية فى الكلمات المختلفة التى يمكنه أن ينطق بها.

5- لا يستطيع أن يوازن كذلك بين الفواصل الزمنية بين ما ينطق به من كلمات فتجده يسرع فى حديثه أحياناً ويبطئ أحياناً أخرى دون داع لأن ذهنه لا يواكب بالكلمات المطلوبة فى وقتها وذلك لقلة رصيده منها.





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

- 6- يشير أن الآخرين يسخرون من طريقة نطقه فينظر إليهم في شك، أو يتلعجل بشكل انفعالي دون أن تكون هناك حاجة إلى ذلك مطلقاً.
- 7- يخشى أن يسير في الطريق لأنه لا يسمع آلات التنبيه أو صوت السيارات القادمة من خلفه، أو تلك المسرعة من جانبيه.
- ونحن يمكننا أن نضيف إلى ذلك ما يلي:

- افتقاره إلى العديد من المهارات الاجتماعية اللازمة له في الحياة.
 - عدم قدرته على أن يسلك بشكل توكيدي يستطيع من خلاله أن يبرهن للآخرين على وجوده وقدراته وإمكاناته المختلفة.
 - عدم قدرته على تحمل المسؤولية حيال ما يمكن أن تقوم بإستفاده إليه من مهام مختلفة في شتى مناحي الحياة.
- أما بالنسبة للأطفال الصم فإن هناك العديد من المشاكل والمتاعب التي يمكن أن تصادفهم في حياتهم، والتي يعانون منها بدرجة أو بأخرى. ومن أهم هذه المشكلات ما يلي:

- 1- خلو ذهن الأصم من تلك الخبرات التي يحظى بها الطفل انعادي عن اسمه مثلاً وأسماء وأنديه وأخوته وأقاربه؛ والحي الذي يسكن فيه، وأسماء تلك الأشياء التي يستخدمها، أو ما إلى ذلك من خبرات مختلفة.
- 2- عدم التآزر بين السمع والبصر. حيث أنه يكون قد فقد سمعته، ولكنه لا يزال ينظر ببصره إلى الخيرات المتعددة التي يراها دون أن يكون بمقدوره أن يستجيب لها. ومن ثم فإن الصور التي يراها يصبح لا معنى لها؛ كما لا يكون لديه تفسير لها، بل الأكثر من ذلك أنه لا يعرف أين يضعها من المحسوسات الأخرى.



- 3- أنه يعيش في عالم من السكون مما يجعله لا يتصور وجود عالم نشئ الأصوات عناصر هامة في تكوينه، وضرورة التعامل معه.
- 4- الخوف من الآخرين نتيجة لعدم قدرته على فهمهم، وعدم قدرتهم على فهمه من ناحية أخرى مما يجعله يتجنبهم ويبحث بدلاً من ذلك عن أقرانه من الصم كى يتعامل معهم ويشاركهم نشاطاتهم المختلفة، ويشعر بوجوده وكيانه معهم، ومن ناحية المخاوف فإن أكثر ما يسود بينهم من مخاوف هو خوفهم من المستقبل.
- 5- عدم قدرته على الحفاظ على الرغبات أو المشاركة الانتمائية مما يجعل حياته جافة ومثيرة وخالية من الهزات الانفعالية. وقد يرجع ذلك إلى حرمانه من الملاحظات الكلامية والأصوات الحنون.
- 6- عدم ثقته في نفسه وفي قدراته وإمكاناته، وشعوره بالذونية.
- 7- اقتصار خبرته على المحسوسات الجزئية المرتبطة ببعض حواسه السليمة وبحياته اليومية الصامتة.
- 8- نقص قدرته على إدراك الرموز والمعاني الكلية للأشياء المختلفة التي يمكن أن تتضمنها تلك المواقف المتباينة التي يمر بها في حياته.
- 9- شعوره بالنقص حيث لا يكون بإمكانه أن يقوم بمجاعة أقرانه في نشاطهم وألعابهم مما يجعلهم قد يقوموا باستبعاده من بعض ألعابهم دون أن يفهم سبباً واضحاً ومقنعاً لذلك من وجهة نظره على الأقل.
- 10- افتقاره إلى المهارات الاجتماعية اللازمة له كى يتمكن من مجاعة الآخرين والتفاعل معهم والاندماج فيما بينهم فيؤثر الوحدة أو العزلة.
- 11- افتقاره إلى العديد من مهارات السلوك التكيفي.
- 12- شيوع المشكلات السلوكية أو اضطرابات السلوك بين الصم ويعتبر العدوان من أكثر هذه المشكلات شيوعاً وانتشاراً فيما بينهم.





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

ونحن نرى أن هذه المشكلات جميعها إنما تنشأ في الأساس من مشكلتين اثنتين يمكن أن نجسهما في النقطتين التاليتين:

1- نقص المهارات اللازمة له لكي يتمكن من الاندماج في الحياة مع الآخرين وذلك نتيجة لإعاقة السمع الحسية.

2- اتجاهات الآخرين غير المعوقين أي الذين يسمعون نحوه.

وإذا كان بإمكاننا أن نساعد على تعلم تلك المهارات التي تفحصه وذلك إلى الحد الذي يساعد على تحقيق قدر مناسب من التوافق الشخصي والاجتماعي فإن الأمر يختلف تماماً بالنسبة لتغيير اتجاهات غير المعوقين نحوه ونحو إعاقته، ولذلك فإن القدر الأكبر من تلك المشكلات التي يواجهها الأصم أو المعوق بشكل عام إنما يرجع إلى اتجاهات غير المعوقين نحوه وهو ما يتطلب تعديل وتغيير تلك الاتجاهات حتى يتمكن من مسايرتهم، واكتساب الثقة في نفسه وفي قدراته وإمكاناته حيث إن هنالك من بينهم من هو موهوب، ومن يستطيع أن يحقق ما قد يصعب على غيره من غير المعوقين تحقيقه. كذلك فإن تغيير مثل هذه الاتجاهات نحو الصم بصفة عامة من شأنه أن يساعد على اكتساب أو بناء الثقة من جانبهم في الأفراد غير المعوقين، وعندئذ سوف يقبلون عليهم، ويتفاعلون معهم، ويشاركونهم أنشطتهم الاجتماعية المختلفة وهو ما يمكنهم من الاندماج معهم، ويشاركونهم أنشطتهم الاجتماعية المختلفة وهو ما يمكنهم من الاندماج معهم، وبالتالي تقل وحدتهم أو عزلتهم، وتزداد مشاركتهم الاجتماعية فيتحسن مستوى نموهم الاجتماعي والانفعالي حيث يشعرون بفاعلية الذات وهو ما يسهم في تحقيقهم لقدر معتول من التوافق.

أهم الخصائص المميزة للأفراد الصم:

ذكرنا في النقطة السابقة أن الأفراد الصم يمثلون فيما بينهم مجموعة غير متجانسة حيث أن لكل منهم خصائصه الفريدة التي تميزه وذلك اعتماداً على





عدد من العوامل أوضحناها فيها، ويمكننا أن نمرض مثل هذه الخصائص كما يلي:

أولاً: الخصائص اللغوية

هناك العديد من الخصائص اللغوية التي تميز هؤلاء الأفراد كقوة عن غيرهم سواء من الأفراد العاديين أو من فئات الإعاقة الأخرى سنأهملها ما يلي:

- 1- يعد الحانب اللغوي من أكثر جوانب النمو تأثراً بالإعاقة السمعية حيث يبدو التأخر فيه واضحاً إلى جانب الافتقار إلى اللغة اللفظية.
- 2- يحتاج الاسم إلى تدريب منظم ومكثف حتى تتطور مظاهر النمو اللغوي الطبيعية لديه حتى لا يصبح أبكماً.
- 3- يعمل عدم حصول الاسم على تعزيز لغوي كاف من الآخرين إلى جانب شذوذ التغذية الراجعة السمعية على الإسهام في حدوث قصور في نمو اللغوي وفي اكتسابه تلك المهارات اللغوية اللازمة.
- 4- لفهم ليست غنية أو ثرية كلغة الآخرين أي العاديين.
- 5- مفرداتهم اللغوية محدودة بدرجة كبيرة جداً.
- 6- عادة ما تتمركز مفرداتهم حول الملحوس دون المجرد.
- 7- الجمل التي تصدر عنهم تعد أقصر وأقل تعقيداً قياساً بما يصدر عن غير المعوقين في نفس عمرهم الزمني.
- 8- يبدو كلامهم بطيئاً وبرزه خير عادية.

ويرى مارسشارك (1997) Marschark أن هناك خصائص أخرى تميزهم

فيما يتعلق باللغة والكلام منها ما يلي:



الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

- 1- يبدون تفاوتاً كبيراً بين ما يتلقونه من مفردات وما يستخدمونه في التعبير عن أنفسهم وهو ما يعني أنهم يفهمون مفردات تزيد كثيراً عما يستخدمونه منها.
- 2- يستخدمون تراكيب لغوية غير مناسبة.
- 3- يجدون صعوبة في التعبير عن مختلف الأفكار وإذا تكون استجاباتهم اللفظية في الغالب غير ملائمة.
- 4- يجدون صعوبة في تفسير الإشارات غير اللفظية كلفة 'الجسم' وتعبيرات الوجه.
- 5- يتسمون بأسلوب في الحديث متركز حول الذات وبالتالي يكونوا غير قادرين على إدراك حاجات من يتحدث إليهم.
- 6- يجدون صعوبة في الاستمرار في موضوع معين ؛ على ذلك ينتقلون من موضوع إلى آخر بشكل غير ملائم.
- 7- يكونوا غير قادرين على فهم التعبيرات الاصطلاحية أو المصطلحات المختلفة.
- 8- يخلطون بين الكثير من الشواهد اللغوية حتى البسيط منها كما يستخدم الضمائر أو أسماء الإشارة أو أدوات الاستفهام وحروف الجر على سبيل المثال.
- 9- يجدون صعوبة في ترتيب الكلمات في جمل وفي إدراك التراكيب اللغوية المعقدة.
- 10- يمانون من صعوبات جمّة في انطق ويحذفون نهايات الكلمات.
- 11- يجدون صعوبة في تحديد درجة ارتفاع الصوت وقيمته.
- 12- يتسم حديثهم بأنه نقي في شالبيته.





13- يحدون صعوبة في نطاق تلك الصكومات التي يزيد عدد مقاطع كل منها عن اثنين.

ثانياً: الخصائص المعرفية

- 1- لا يختلف مستوى ذكاء الأصم عن مستوى ذكاء الشخص السامع وذلك عند استخدام اختبارات ذكاء غير لفظية، أما عند استخدام اختبارات لفظية فإن الأمر يختلف.
- 2- الأصم لديه القابلية لتعلم والتفكير التجريبي ما لم تصاحب إعاقته بتلف دماغى.
- 3- مفاهيم الأصم لا تختلف عن مفاهيم العاديين باستثناء المفاهيم اللغوية.
- 4- يتعلم الأصم بشكل أفضل إذا ما تضمن الموقف مثيرات حسية متعددة كالأصوات والألوان والروائح والأنماط المختلفة والحركة.
- 5- يعتبر بعض هؤلاء الأفراد فى عداد الموهوبين.

ثالثاً: الخصائص الجسمية والحركية

- 1- تمثل مشكلات التواصل التي يعاني الأصم منها عوائق كبيرة أمامه في سبيل اكتشاف البيئة المحيطة والتفاعل معها.
- 2- يحتاج الأصم إلى تعلم استراتيجيات بديلة للتواصل حتى يتطور نموه الحركى.
- 3- يؤثر الحرمان من الحصول على التغذية الراجعة السمعية سلباً على وضعه فى الفراغ وعلى حركات جسمه.
- 4- تتطور لدى بعض الأفراد الجسم أوضاع جسمية خاطئة.
- 5- يتأخر نموه الحركى قياساً بأقرانهم العاديين.





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية.

6- يسعى بعضهم بطريقة مميزة فإذ يرفع قدميه عن الأرض، وقد يرجع ذلك إلى عدم قدرته على سماع تحركاته، وربما لشعورهم بالأمن عندما تبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض.

7- لا يتسع المعوقون سمعياً باللياقة اتدنيى قياساً بأقرانهم السامعين حيث يتحركون قليلاً، ويخصصون معظم وقتهم للتواصل مع الآخرين.

ويضيف مارك هارمستارك (1997) Marschark إلى ذلك ما يلي:

1- أنهم يعانون من إصابات الأذن المتكررة.

2- أنهم قد يستخدمون سماعات للأذن.

3- أنهم دائمو الحركة في أرجاء الفصل حتى يقتربون من مصدر الصوت.

4- أنهم يبدون عدم التوازن الجسمي في بعض الأنشطة.

رابعاً: الخصائص المرتبطة بالتحصيل الأكاديمي

1- يتخذ من مستوى تحصيلهم بشكل ملحوظ من مستوى تحصيل أقرانهم السامعين على الرغم من عدم اختلاف مستويات ذكائهم.

2- يعد التحصيل القرائي من جانبهم هو الأكثر انخفاضاً وذلك نظراً لقصورهم اللغوي.

3- التحصيل القرائي للأطفال الصم من آباء صم يكون أعلى من مثيله لأقرانهم الصم من آباء يسمعون.

4- كلما زادت المتطلبات اللغوية ومستوى تعقدها أصبحت قدرة الطلاب المعوقين سمعياً على التحصيل أضعف.

5- يرجع انخفاض مستوى تحصيلهم الأكاديمي إلى تأخر نموهم اللغوي، وانخفاض قدراتهم اللغوية، وتدني مستوى دافعتهم، وعدم ملائمة طرق التدريس المتبعة.



6- تقيد نتائج العديد من الدراسات بأن مستوى التحصيل الأكاديمي - لدى معظم الباحثين الصم لا يتعدى مستوى تحصيل الطلاب السامعين في الصف الرابع أو الخامس الابتدائي، في حين تشير نتائج دراسات أخرى إلى تأخر تحصيلهم بثلاثة أو أربعة صفوف دراسية عن أقرانهم السامعين في نفس عمرهم الزمني.

7- تزداد انشاكل والمصعوبات التي يواجهها الصم مع زيادة شدة الإعاقة السمعية.

ويضيف مارسشارك (1997) Marschark إلى ذلك ما يلي:

- 1- أنهم يعتمدون على الإشارات البصرية والتعزيز البصري.
- 2- أنهم يظهرون مستوى غير ثابت عن الأداء الدراسي وهو ما قد يؤدي في النهاية إلى انخفاض مستوى تحصيلهم.
- 3- تقل مهارات تفهم القرائي لديهم عن مستوى صنفهم الدراسي.
- 4- تقل مهاراتهم التي تتعلق بالفهم القرائي عن مهارات إدراك الكلمات من جانبهم.
- 5- يجدون صعوبة في الانتقال من اللموس أو المحسوس إلى المجرد.
- 6- لا يسعون إلى الحصول المساعدة في الوقت الذي يحتاجونه بالفعل.
- 7- يجدون صعوبة في إتباع التعليمات المكتوبة والمعلومات المتسلسلة.
- 8- يلاحظون الأطفال الآخرين قبل البدء في القيام بأي مهام ويقنعونهم.
- 9- يحتاجون إلى انتكزار والتوضيح المستمر للتعليمات ومحتوى المادة الدراسية.
- 10- تعتبر معرفتهم أو معلوماتهم العامة عن العالم محدودة بدرجة كبيرة.



الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

- 11- قدرتهم على الاستخدام الكتابي للغة تمت أضعافاً من مثيلاتها بالنسبة لاستخدامها الشفوي، وهو ما قد يعد انعكاساً لتلك الصعوبات التي تواجههم فيما يتعلق بالاستخدام الشفوي للغة.
- 12- يستمرون في استخدام مفردات وتراكيب لغوية بسيطة جداً في اللغة المكتوبة.

خامساً: الخصائص الاجتماعية:

- 1- يؤدي القصور في قدرتهم على التواصل الاجتماعي مع الآخرين فضلاً عن أنماط تشبثهم الاجتماعية عادة يؤدي بهم إلى الاعتمادية وعدم التخرج الاجتماعي.
- 2- يقل أداء المعوقين سمعياً على مقياس النضج الاجتماعي قياساً بأقرانهم السامعين.
- 3- يبدون قدرأ كبيراً من التفاعل مع أقرانهم المعوقين سمعياً أي من نفس الإعاقة وذلك بشكل يفوق ما يحدث بين فئات الإعاقات الأخرى وهو ما يعني التعصب من جانبهم لفئة المعوقين سمعياً حتى يحصلوا على القبول من الآخرين.
- 4- يعدون أقل معرفة بؤااعا السلوك المناسب.
- 5- يمانون من قصور واضح في المهارات الاجتماعية.
- 6- يعتبرون أكثر سلا إلى العزلة قياساً بالأفراد السامعين.
- 7- يعدون أكثر شعوراً بالوحدة النفسية قياساً بأقرانهم من الفئات الأخرى للإعاقة.
- 8- يعتبرون أقل تحملاً للمستولية.





9- عند مشاركتهم بأقرانهم السامعين فإنهم يعدون أقل تحدياً للتوافق الاجتماعي.

ويضيف مارسكارك (1997) Marschark إلى ذلك ما يلي:

1- قد يختارون أطقاً من الصدم يصغرونهم أو لا يصغرونهم سناً وذلك كجماعة أقران

2- غالباً ما يسيئون فهم أقرانهم.

3- قد يلجأون إلى التلامس الجسدي للفت الانتباه إليهم.

4- ينقلون من نشاط إلى آخر بشكل مشقت وغير منظم.

5- أحياناً ما يبدون تمحياً مبالغاً فيه من الاجتماعية وقد يخسرون ألقهم في كل الأمور.

6- قد يلجأون إلى السلوك العدواني من جراء ما يصادفونه من إحباط.

7- يواجهون صعوبة في التفاعل مع الآخرين.

8- يشعرون بالضعف أو التملل عندما يواجهون مجموعة كبيرة من الأنشطة.

9- كثيراً ما يشعرون بالملل أو الحسرة وانهمول أو البلادة.

10- ينسحبون من المواقف الاجتماعية أو التي يشارت فيها أعضاء الجماعة.

سادساً: الخصائص الانفعالية

1- كثيراً ما يتجاهل الموهين سمياً مشاعر الآخرين.

2- عادة ما يسيئون فهم تصرفات الآخرين، فيبادرون بالعدوانية وهو ما يميزهم.

3- يظهرون درجة هائية من التمرکز حول الذات.





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

- 4- يتسم مفهومهم لذواتهم بعدم الدقة، وغالباً ما يكون مبالغاً فيه.
- 5- المعوقون سمعياً المتحققون بمؤسسات الصمم أو الدين يعاني آياهم من الإعاقة السمعية يكون مفهومهم لذواتهم أفضل من غيرهم من المعوقين سمعياً سواء من غير المتحققين بمؤسسات الصمم أو الذين ينحدرون من آباء يسمعون.
- 6- يعاني نسبة كبيرة منهم من سوء التوافق الشخصي والاجتماعي.
- 7- يمد الأفعال الصمم الذين ينتمون إلى أسر ليس بها أطفال صمم آخرون أقل توافقاً عن نظرائهم الذين توجد في أسرهم حالات صمم أخرى.
- 8- لديهم رغبة في الإشباع المباشر لحاجاتهم، ويقتقدون القدرة على إرجاء هذا الإشباع.
- 9- يتسمون بقلة رغباتهم واهتماماتهم في الحياة، وسليبتهم.
- 10- يتسمون بالتصلب، والجمود، وعدم الثبات الانفعالي.
- 11- يبدون قلراً غير قليل من "الاندفاعية"، والتهور، وعدم القدرة على ضبط النفس.
- 12- يعانون من مستويات متفاوتة من عدم الاستقرار الانفعالي.
- 13- عادت ما يتشككون في الآخرين وخاصة السامعين، وتكاد تنعدم ثقتهم فيهم، بل ويثقونهم في أنفسهم أيضاً.
- 14- يعتبرون أكثر إدعاناً للآخرين، وأكثر تأثراً بهم.
- 15- يعدون أكثر اكتئاباً، وقلقاً وتهوراً، وأقل توكيداً للذات قياساً بأقرانهم السامعين في نفس عمرهم الزمني.



سابعاً: الاستماع

يضيف مارسشارك (1997) Marschark إلى تلك الخصائص السابقة خصائص أخرى تتعلق بالاستماع من جانب ضعف السمع وذلك كما يلي:

- 1- يجدون صعوبة في التمييز والتأويل الشفوي للمعلومات.
- 2- يجدون صعوبة كبيرة في الاستماع وذلك في تلك المواقف التي تقع من الضوضاء.
- 3- يجدون صعوبة في سماع من يتحدث إليهم كلما زادت المسافة بينهما وبينهم عن متر واحد، وإذا لم يكن واقفاً في مواجهتهم.
- 4- قد يفضلون الاستماع بأذن واحدة معينة.
- 5- يبدون غير قادرين على اكتشاف وإدراك بعض جوانب من الحديث كـ بعض الحروف الساكنة الأكثر تكراراً مثل حروف السين والتاء والتاء.

أساليب الرعاية:

تستند الرعاية الجيدة على التشخيص الدقيق. نلحالة حتى يتسنى لنا تحديد ما يمكن أن نقدمه لها من استراتيجيات تدخل وخدمات وخلافه، وهناك عدد من المحاور يمكننا من خلالها أن نقدم مستوى مرتفعاً من الرعاية لهؤلاء الأطفال نلخصها فيما يلي:

أولاً: الإجراءات الوقائية

يوجد عدداً من الإجراءات الوقائية التي ينبغي أن تعمل على مراعاتها كي نتمكن من الحد من الإصابة بمثل هذه الإعاقة إذ أن نشر الوعي الصحي، واللجوء إلى أساليب الوقاية المناسبة في الوقت المناسب سوف يساهم في شأنه أن



يقلل من نسبة انتشار هذه الإعاقة. وهناك عدد من هذه الإجراءات ذات الأهمية لذلك نذكر منها ما يلي:

- 1- نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع عامة.
- 2- الاهتمام بالطعيم الثلاثية ضد الحصبة والغدة التوكفية والحصبة الألمانية.
- 3- العناية بصحة الأم الحامل.
- 4- التوسع في إنشاء المراكز الطبية المتخصصة والوحدات السمعية.
- 5- العمل على توفير الأجهزة والعيادات السمعية أضعاف السمع.
- 6- توفير الرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية للمعوقين سمعياً.
- 7- الاهتمام بتقديم الإرشاد والتوجيه الأسري اللازم.
- 8- العناية بوسائل الأمن الصناعي إضافة إلى الإقلال من مصادر الضوضاء أو انقلاص السمع، والحد من شدتها.

هذا وتتعدد أساليب الوقاية وأنواعها بين وقاية أولية، ووقاية ثانوية، ووقاية ثالثية وذلك على النحو التالي:

(1) الوقاية الأولية Primary

هي تلك الإجراءات التي تهدف إلى الحدوث حدوث ضده في السمع من خلال إجراءات تحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية، ومنها التطعيم، وإزالة مصادر المخاطر.

(2) الوقاية الثانوية Secondary

هي جملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تطور حالة أضعف السمع إلى حالة عجز وذلك من خلال الكشف المبكر، والتدخل العلاجي المبكر لمثل هذه الحالات.



(3) التوقية الثالثة Tertiary

وتعد بمثابة جملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تفاقم حالة العجز وتطورها إلى حالة إعاقة وذلك من خلال تعزيز تلك القدرات المتبقية لدى الفرد؛ والحد من مختلف التأثيرات السلبية التي تترتب على انعجز لديه.

ثانياً: بالنسبة للبيئة المدرسية

ينبغي أن تعمل البيئة المدرسية على إنباع العديد من الخطوات والإجراءات، وأن تقدم أيضاً العديد من الخدمات على النحو التالي:

- 1- أن توفر الأدوات والإجراءات اللازمة حتى يتم دمج أوائك الأطفال مع أقرانهم غير المعوقين، وأن يتم توفير المعلمين المؤهلين للتعامل معهم، وأن يقوم المعلم بدور مترجم الإشارات لهم حتى يتمكنوا من مشاركة الآخرين والتفاعل معهم.
- 2- أن يتم توفير خطة تعليم فردية IEP تراعى الحاجات الاجتماعية والاندماجية للطفل، وتتضمن بعض الترتيبات التي يمكن إتباعها مع الطفل مثل تعليمه قراءة انشغاه، أو استخدام التدريب السمعي، أو اللجوء إلى سماعات للأذن، أو استخدام بعض الاتجاهات اليدوية مثل الإشارة، أو التهجي الإصبعي.
- 3- ترى جوستانسون (1997) Gustanson, G. أنه يجب العمل على توفير بيئة تربوية مزدوجة الثقافة أو اللغة على اعتبار أن انصم فيما بينهم لهم ثقافتهم ولهم لغتهم التي يتواصلون بها مع بعضهم، ثم يأتي تعلم اللغة المساندة في مجتمعهم.
- 4- أن يتم فيها استخدام الفلسفة التعليمية المناسبة حيث هناك فلسفتان أساسيتان في هذا الإطار يتم استخدامهما مع الصمم وضعاف السمع تركز الأولى على الأهمية الجوهرية للبناء السمعية لتحقيق التواصل.



الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

منذ وقت مبكر من حياة الطفل، وتوفير الإشارة السمعية المكتشفة لتسهيل حدوث نمو اللغة الشفوية من خلال الاستماع. أما الفلسفة الثابتة والتبديلة فتتركز على أهمية الإبصار كقناة للتواصل، وأهمية النمو المبكر للغة من خلال الإشارة. ويعرف هذان الاتجاهان بالاتجاه السمعي - اللفظي، والاتجاه الشفوي. وفي حين يركز الأول على أهمية التدريب السمعي المكتشف لأولئك الأطفال، وأنشطة الاستماع اليومية، والاستخدام المستمر لسماعات الأذن، والبرامج التربوية العادية في مواقف مدرسية متكاملة، فإن الثاني يركز على أهمية التدريب السمعي، وقراءة الحديث speech reading وتشجيع الوالدين والأطفال على تنمية وتطوير مهارات قراءة الشفاهات tip reading واستخدام لغة الإشارة.

5- استخدام أسلوب التواصل الكلي. حيث يتم بطريقة الحال من خلاله الأخذ من مكنى الاتجاهات، والاستعانة بأي أسلوب يمكن أن يعود بفائدة على الطفل.

ثالثاً، بالنسبة للإجراءات والاستراتيجيات المتبعة داخل الفصل

هناك مجموعة من الإجراءات والاستراتيجيات التي يجب إتباعها في الفصل بغرض الحد من تلك الآثار السلبية للإعاقة السمعية، وإيجاد الفرص المناسبة لتقوية وتنمية وتطوير جوانب القوة لدى الطفل وذلك كما يلي:

1- أن يجلس الطفل في الأمام داخل الفصل بحيث يكون هو الأقرب إلى المعلم، وأن يجلس في الناحية التي تمكنه من الاستماع بأذنه المفضلة أو الأفضل في السمع بالنسبة له. وبعد أفضل وضع يجلس الأطفال في الفصل هو ما يأخذ شكل شبه دائرة نظراً لأنه يسمح لكل طفل برؤية وجه المعلم ووجوه الآخرين، ولا يجب أن يجلس الطفل بالقرب من

الأجهزة السمعية البصرية المستخدمة حيث لن تمكنه انضواء الشئ تصدرها من سماع الصوت جيداً، بل انها قد تجمله بدلاً من ذلك ينصرف عن المتابعة

2- أن يتأكد المعلم من انتباه التلميذ قبل أن يعطيه أى تعليمات. كما يحب عليه أثناء إجراء المناقشات معهم أن يوجه إتيهم بعض الأسئلة ليتأكد من فهمهم لما يقدمه لهم.

3- أن يعتمد بدرجة أكبر على التكرار فى تقديم المعلومات حتى يتأكد من فهمهم اتجيد لها، كما يجب عليه أيضاً أن يستخدم التعبيرات الوجيهة المختلفة.

4- أن يتم تشجيعهم على الاشتراك فى الأنشطة اللامنهجية extracurricular كى ينمى الانتماء لديهم ويطوروه.

5- أن يتم استخدام الوسائل البصرية المتعددة كالمخرائط، واللوحات المختلفة، والسبورة (الكتابة رقم الصفحة أو الصفحات والأسئلة وخلافه)، وجهاز العرض وذلك بعد أن يتحدث المعلم إتيهم أولاً.

6- أن يتم تدريب الأطفال على قراءة الحديث speech reading وذلك بأن يعتمد المعلم بعض الشئ عنهم بحيث لا يحول أى شئ دون رؤية وجهه بوضوح، وأن يعتمد عن التماخذه أو المصباح حتى لا يكون هناك ظل على وجهه، ولا يلتفت إتيهم بظهوره أثناء حديثه معهم، وأن يقتل من حركاته كثيراً داخل الفصل حيث يصعب قراءة الحديث من هدف متحرك، وألا يحاول أن يكتب على السبورة أثناء الحديث معهم حتى لا يعطيهم ظهوره، وأن يتحدث إتيهم بشكل طبيعي فلا يبالغ فى حركة شفثيه أو فى ارتفاع نغمة صوته. ومن ثم ينبغى أن يحرص المعلم على القيام بعدد من الإجراءات ذات الأهمية وذلك كما يلى:



الفصل الثالث: الإحاطة السمعية

- أن يكتب المفردات اللغوية الجديدة على السبورة قبل البدء في الدرس.
- أن يقوم بتقديم تلك المفردات اللغوية أولاً.
- أن يكتب ملخصاً للنقاط الأساسية على السبورة قبل الدرس.
- أن يسأل الأطفال حول تلك المفردات بعد ذلك.
- أن يناقش معهم حول ملخص الدرس.
- 7- ينبغي العمل على تنمية وتطوير المفردات والتراكيب اللغوية للأطفال وذلك من خلال عدة خطوات كما يلي:
 - تقديم المفردات اللغوية الجديدة قبل تدريس الوحدة أو الدرس الجديد.
 - تكرار وترديد تلك المفردات.
 - تشجيع الأطفال على وضعها في جمل بسيطة ذات معنى.
 - مراعاة التراكيب اللغوية عند وضع تلك المفردات في جمل.
- 8- تحديد واجبات منزلية يقيم بها الأطفال مع تدريبهم على كيفية أدائها.
- 9- أن يتم تقييم أداء هؤلاء الأطفال ومستوى تحصيلهم.
- 10- أن يتم التواصل المستمر مع الأسرة حتى يعلم الوالدان ما يمكن أن يقدمه الطفل من مساعدة في المنزل وهو ما يتم من المدرسة ودورها.
- 11- أن يتم اختيار النمط أو الأنماط التعبيرية الشفهية المناسبة لتعلم مثل هؤلاء الأطفال في الصف الخاص وفقاً لسماتهم وخصائصهم وذلك كما يلي:



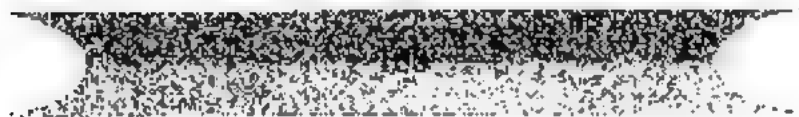


- تدريس المجموعة انكليه.
- التدريس ضمن مجموعة صغيرة.
- التدريس الفردي.
- التدريس بواسطة الرفاق، أو حتى الكبار الذين يعدون على شاكلتهم.
- انعمل انفرادى المستقل.

رابعاً : تعليمهم أساليب التواصل وتدريبهم عليها

تعد الإعاقة السمعية بمثابة عائق أمام الأصم للتواصل مع الآخرين حيث لا يتمكن من سماع ما يصدر عنهم من أصوات، ولا يستطيع بالتالي أن يتواصل معهم ذهنياً، ومن هنا فهو يؤثر الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة، ويصل إلى العزلة الاجتماعية وانوحدة النفسية. ونظراً لحاجته إلى انقبيل فهو يلجأ بدلاً من ذلك إلى التفاعل مع أقرانه المعوقين سمعياً حيث توجد بينهم أرضية مشتركة تمكنهم من التواصل معاً، والتفاعل الجيد مع بعضهم البعض. وهناك عدد من أساليب التواصل البديلة التي يمكن تدريبهم عليها حتى يتمكن من تحقيق التواصل مع الآخرين هي:

- التدريب السمعي.
- قراءة الشفاه.
- التواصل اليدوى، ويضم الهجاء الإصبعى، ولغة الإشارة انوصفية.
- التواصل الكلى، ويتم خلاله الدمج بين هذه الأساليب معاً.





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

(1) التدريب السمعي auditory training

تعتمد هذه الطريقة على سماع الأصوات وتقليدها؛ وبالثاني فهي ثلاثم شعاف السمع دون الأصم. وتعد تلك الطريقة من أقدم طرق تدريب المدوقين سمعياً على اكتساب مهارات التواصل اللفظية من خلال التركيز على استقلال بقايا السمع لدى الطفل وتنميتها. واستغلالها قدر الإمكان عن طريق تدريب الأذن على الاستماع، والتمييز بين الأصوات المختلفة، والاستفادة من المعينات السمعية اللازمة إلى جانب الاستفادة مما يصدر عن الطفل من أصوات، وتدريبه على تنظيم عملية التنفس حتى يقوم بالنطق الصحيح للكلمات.

(2) قراءة الشفاه lip reading

وتعرف هذه الطريقة كذلك بقراءة الكلام أو الحديث speech reading وتقوم على تدريب الطفل الأصم وتقبل السمع على الملاحظة انبصرية الدقيقة، وتوجيه انتباهه لوجه المتحدث وإيمانه، ومراقبة حركات فمه وشفتيه أثناء قيامه بنطق مختلف الكلمات وما يتطلبه ذلك من مد وضم وانطباق الشفتين وفتحهما أو تدويرهما أو ما إلى ذلك، ثم القيام بترجم مثل هذه الحركات إلى أشكال صوتية تساعد على فهم الكلام. وكذلك فهي تعتمد على تدريبه على فهم تعبيرات الوجه حتى يفهم المعنى الصحيح لما يقصده المتحدث، وعلى ذلك تتطلب هذه الطريقة وجود أساس لغوي مناسب وتعبيرات لغوية معقولة لدى الأصم.

وهناك ثلاث طرق للتدريب على قراءة الشفاه هي طريقة الصوتيات، وطريقة الوحدة الكلية، وطريقة الأصوات. وهي حين تركز الطريقة الأولى على أجزاء الكلمة فيتعلم الطفل نطق الحروف الساكنة، والحروف المتحركة، ثم دمجهم مع بعضهم بالتدرج تركز الطريقة الثانية على الوحدة الكلية التي ربما تكون قصة قصيرة وإن لم يفهم الطفل منها سوى جزء صغير فقط، أما الطريقة الثالثة فتتركز على إبراز الأصوات المعادية أولاً، ثم الأصوات المدغمة بعد ذلك.





وعند تدريب المعوقين سمعياً على قراءة الشفاه فإنه عادة ما يتم توظيف ثلاثة أنواع من المثبرات البصرية تتمثل في المثبرات الثلاثة التالية:

- المثبرات البيئية المصاحبة.
- المثبرات التي ترتبط بالرسالة بشكل مباشر والتي لا تشكل جزءاً من الكلام ذاته كتعبيرات الوجه على سبيل المثال.
- المثبرات المرتبطة بالأصوات الكلامية بشكل مباشر مثل وضوح حركات الشفتين وسرعة حركتهما أيضاً على سبيل المثال.

وبذلك تتطلب مثل هذه الطريقة عدة أشياء ضرورية منها ربط الشكل الصوتي للكلمة بمدلولها الحاسي، ومراعاة مستوى نمو الطفل، وقصر المسافة بينه وبين المتحدث، وعدم وجود فواصل أو حواجز بينهما، وعدم وجود نغل على وجه المتحدث، ووقوفه أمامه مباشرة؛ ووضوح حركات شفاهه وتعابير وجهه، واستخدام المرأة في التدريب على عملية النطق وتصحيحه مع مراعاة التدرج في عملية اتقاع وذلك بالانتقال من الكلمات ذات المقطع الواحد إلى الكلمات ذات المقطعين ثم الأكثر من ذلك، وهكذا، ومن الكلمات البسيطة إلى الكلمات الأكثر تعقيداً، ومن المحسوس إلى المجرد.

(3) الطريقة اليدوية في التواصل manual communication

تستخدم هذه الطريقة مع الأطفال الصم الذين لا يمكنهم سماع ما يدور حولهم من أحاديث مختلفة حتى باستخدام المعينات السمعية، كما يمكن لضعاف السمع التدريب عليها واستخدامها أيضاً. وتهدف هذه الطريقة إلى إكسابهم مهارات التواصل عن طريق الإبرصار وذلك من خلال الإشارات والحركات اليدوية الوصفية كأسلوب بديل للغة اللفظية، ومن أشكالها لغة الإشارة، والهجاء الإصبعي.





أ- لغة الإشارة sign language

هي لغة وصفية تعد بمثابة نظام من الرموز اليدوية أو الحركات المصورة التي تستخدم فيها حركات اليدين، والكتفين، وتعبيرات الذراعين لوصف الكلمات والمفاهيم والأفكار والأحداث. كما أنها تعد هي الأكثر انتشاراً على مستوى العالم وإن اختلفت من بلد إلى آخر، ومن منطقة إلى أخرى، أو حتى من إقليم إلى آخر داخل نفس البلد الواحد. وبذلك فهناك لكل بلد لغة الإشارة الخاصة به، أو السائدة فيه على وجه التحديد حيث هناك بعض الإشارات ذات الصيغة العامة فهناك لغة الإشارة الأمريكية ASL، والبريطانية BSL، والأسترالية auslan، والنظام الموحد للإشارات العربية، وهكذا. ومع ذلك، يرى البعض أن لغة الإشارة قد ساهمت في عزل الصم عن الآخرين حيث ينبغي على غير الصم أن يفهموا بتعلمها هم الآخرين حتى يتمكنوا من فهم ما يريد الصم، وبالتالي التواصل معهم. كما يرى هؤلاء البعض أيضاً أنها لا تشكل نظام تواصل كاف ومتطور، وأنها تقلل من دافعية من يستخدمها لتعلم تلك المهارات السمعية اللفظية المختلفة اللازمة للتواصل اللفظي مع الآخرين. كما أن ضعف السمع عندما يلتحقون بمدارس الصم فإنهم يداومون على استخدامها بدلاً من استخدام مفرداتهم اللفظية مما قد يؤدي بهم إلى فقد تلك المفردات والاستخدام المستمر للغة الإشارة بدلاً من ذلك.

ب- الهجاء الإصبعي Finger spelling

تقوم هذه الطريقة على التهجى عن طريق تحريك أصابع اليدين في الهواء وقتاً لحركات منظمة، وأوضاع معينة تمثل الحروف الأبجدية المختلفة. حيث تتحرر الأصابع بشكل معين ويوضع معين للتعبير عن كل حرف هجائي، والتعبير عن كل رقم من الأرقام أو الأعداد، أو للدلالة عن قطر معين من الأقطار المختلفة. ومع تحريك الأصابع بشكل معين أو بحركة معينة فإنها تستخدم





للدلالة عن أشياء معينة، وهكذا. ومع ذلك فغالباً ما تستخدم هذه الطريقة كطريقة مساعدة للغة الإشارة، ونادراً ما يتم استخدامها بمفردها للتواصل مع هؤلاء الأفراد.

(4) طريقة التواصل الكلي أو المبرقة الكلية total communication

تعتمد هذه الطريقة على الاستفادة من كافة أساليب التواصل التي يمكن استخدامها مع الصمم وضمعاف السمع سواء كانت لفظية أو يدوية، والتزج بينها بما يتلاءم مع طبيعة كل حالة وظروفها وذلك في سبيل تنمية مهاراتها اللغوية، وإكسابها مهارات اتواصل والتفاعل الإيجابي حيث يقوم مثل هذا الدمج على تحقيق توظيف كل القدرات، وإلا إمكانات الحسية المختلفة لدى الأصم أو ضعيف السمع، واستغلالها في عملية التعلم والتواصل. وتستخدم هذه الطريقة في الأصل لتحقيق هدفين أساسيين هما:

- تسهيل عملية التواصل الفطري من جانب هذا الطفل.

- توفير بديل معنوي للكلام بالنسبة له

وبذلك فإن تلك الطريقة يمكن أن تؤدي إلى استثارة الدافعية، وزيادة مستوى الانتباه، وزيادة كم أو مستوى التواصل الكلامي ووضوحه، وتحسين مستوى براعة الطفل اليدوية، وخفض أو الإقلال من المظاهر السلوكية غير المقبولة التي تصدر عادة منه.

خامساً: بالنسبة للمناهج الدراسية

مما لا شك فيه أن للمناهج الدراسية دوراً هاماً في هذا الصدد إذ يذهب عادل عبد الله (2004) إلى أنها تعد بمثابة الترجمة الحقيقية لتلك الأهداف التربوية المنشودة. وعلى هذا الأساس يجب أن تراعى المناهج المتقدمة لهؤلاء الأطفال عدداً من النقاط حتى يتم تحقيق مثل هذه الأهداف، ومن هذه النقاط ما يلي:





الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

- 1- أن تتضمن بعض التعديلات والتوافقات التي تجعلها تناسب أولئك الأطفال وتساعدهم على التقدم فيها.
- 2- أن تعمل على تلبية حاجاتهم الاجتماعية والانفعالية.
- 3- أن تتضمن العديد من الأنشطة الأدائية المختلفة السمعية والملاصيفية.
- 4- أن تقدم لهم نماذج ناجحة للدور ممن يمدون على شاكلتهم ولكتهم استطاعوا تجاوز إعاقاتهم وتحقيق إنجازات ملموسة.
- 5- أن تدبرهم في تكوين شخصية مستقلة للمفعل.
- 6- أن تسهم في إجادتهم لأساليب التواصل المختلفة إلى جانب استخدام تلك اللغة التي يتحدث بها الأفراد السامعون في المجتمع الذي يعيش فيه.
- 7- أن تسهم في تنمية وتطوير مستوى نموهم الاجتماعي والانفعالي.
- 8- أن تهتم بتعليمهم مهارات الحياة اليومية وإجادتها.
- 9- أن تعمل على تنمية قدرة هؤلاء الأطفال على انقراء من خلال الأساليب البديلة.

سادساً: بالنسبة للمعلم

للمعلم دور رئيسي في هذا المصدد بممكن أن تلقى الضوء عليه من خلال ما

يلى:

- 1- مساعدة الطفل على تعلم أسلوب معين للتواصل مع الآخرين حتى يتدمج معهم.
- 2- تسمية مهارات الطفل على التوافيق سواء غير اللفظي أو حتى اللفظي.
- 3- تنمية مفهوم الاستقلالية لدى الطفل.



- 4- أن يعمل على تقديم مجموعة من الأنشطة المتنوعة له، وأن يساعده على أدائها.
- 5- أن يقوم بدور المترجم الإشاري sign interpreter لأولئك الأطفال في حالة دمجهم كلياً مع أقرانهم غير المعوقين.
- 6- أن يعمل على مساعدة الأطفال غير المعوقين على تقبل هؤلاء الأطفال في حالة دمجهم كلياً مع أقرانهم غير المعوقين.
- 7- العمل على إكساب الطفل مهارات المشاركة، والفهم، والتخيل، والنقد، وإبداء الرأي، وحل المشكلات.
- 8- تنمية مهارات الطفل الاجتماعية وتشجيعه على الاشتراك في الأنشطة الجماعية.
- 9- العمل على تنمية ثقة الطفل بنفسه وبقدراته وإمكاناته، ومساعدته على تكوين مفهوم إيجابي للذات، وتقديرها إيجاباً.
- 10- تنمية فاعلية الذات لدى الطفل.
- 11- الاهتمام بتقديم نماذج للذود شبيهة بهم ممن تجاوزوا إعاقاتهم وحققوا الإنجازات.
- 12- أن يسهم في إشباع حاجات الطفل المختلفة بما يساعده على تحقيق المتوق أكاديمياً.
- 13- الحد من المشكلات الانفعالية التي يمكن أن يواجهها الطفل على أثر إعاقته.
- 14- مساعدة الطفل في التغلب على المشكلات الاجتماعية التي يحتمل أن يتعرض لها.
- 15- توفير المساندة اللازمة له داخل الفصل وفي البيئة المدرسية عامة حتى يتمكن من تحقيق الإنجاز الذي يتناسب مع قدراته وإمكاناته.





الفصل الثالث: الإغاثة النفسية

16- أن يختار أساليب وطرق التدريس المناسبة التي تساعد على الانتباه لما يقدمه لهم، ومشاركته فيه، وارتفاع مستوى تحصيلهم، وتحقيق التقدم الدراسي المنشود.

17- توجيههم إلى نوع الدراسة أو المهنة التي تتفق مع قدراتهم وإمكاناته، والتي يمكن أن يحققوا التميز فيها.

سابعاً: بالنسبة للوالدين

يلعب الوالدان دوراً من أهم الأدوار بالنسبة للطفل وما يمكن أن يحققه من تطور في هذا الصدد حيث إن لها دوراً مستقلاً من ناحية، وبكمكان دوراً دراسية من ناحية أخرى مما يجعل دورهما هذا مركزياً وبعيداً. ويمكن أن توضح هذا الدور من خلال النقاط التالية:

1- تهتم أسلوب معين للتواصل مع الطفل ينعكس كل الأطراف من تبادل الآراء، ونقل الخبرات، ومساعدته على حل مشكلاته، والحد من تأخر نموه اللغوي.

2- تقديم المشاتة اللازمة للطفل بما يساعده على تنمية قدراته.

3- العمل على تنمية وتطوير مهاتى النمو العقلى للطفل.

4- إشاعة جو من الثقة في إضار الأسرة يسهم في تنمية ثقة الطفل بنفسه وبالأخرين.

5- الاعتزاز بما يحقة الطفل من إنجازات مختلفة.

6- مساعدة الطفل على أن تكون له شخصيته المستقلة وتشجيعه على الأداء الاستقلالى.



7- إعداد الطفل منذ وقت مبكر عن حياته لتقبل ومواجهة الظروف المختلفة التي يمكن أن تصادفه ، وإيجاد حلول مناسبة لما تواجهه من مشكلات.

8- تعليم الطفل الربط بين لغة الإشارة واللغة التي يستخدمها عامة الناس.

ثامناً: بالنسبة لأساليب التدخل

تعتمد البرامج التي تقوم على هذا الاتجاه كما ترى سوزان دانمارز (2003) Daniels, S. على قيام معالج مؤهل في تشخيص ، وتحديد ، وتقييم وعلاج اضطرابات التواصل لدى الأطفال والمراهقين الصم بتحديد البرنامج العلاجي المناسب للطفل. وما يمكن إتباعه معه في هذا الإطار وفي سبيل ذلك فإنه يعمل مع أعضاء من البيئة الطبيعية ، والتدريسية ، والنفائمين على رعاية أولئك الأطفال. وتهدف مثل هذه البرامج إلى علاج اضطرابات التواصل لدى أولئك الأطفال، وإكسابهم أساليب معينة للتواصل مع الآخرين، وتدريبهم على ذلك حتى يجيدوا واحداً أو أكثر من هذه الأساليب المتعددة كي يصبح باستطاعتهم التواصل مع الآخرين بشكل جيد وهو ما يساعدهم في التغلب على العديد من المشكلات الاجتماعية أو الاضطرابات الانفعالية التي يمكن أن تترتب على اضطراب التواصل من جانبهم.

(1) الدمج:

ترى كيرني (1996) Kearney أن دمج هؤلاء الأطفال في الفصول العادية أو فصول السامعين يعد مسألة على درجة كبيرة من الأهمية حيث يتيح لهم الفرصة لتعلم اللغة التي يستخدمها الأطفال السامعون، كما يتيح أعضائهم العديد من الفرص التي تسكنهم من تحقيق التواصل الجيد معهم، وبالتالي الاندماج معهم على أثر تعلمهم المهارات اللازمة لذلك كمهارات التواصل، وحل المشكلات، ومهارات الحياة اليومية فضلاً عن مهارات انسلوك الاستقلال، ويتيح



الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

الدمج الفرصة أمام هؤلاء الأطفال من خلال توفير بيئة تربوية مزدوجة انتمية لتحقيق تقدم ملحوظ في مستوى النمو الانفعالي والنمو الاجتماعي. إن جانب تحقيق مستوى جيد من التعلم وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في الحد من تلك الآثار السلبية التي تترتب على إعاقتهم. كما يعمل في ذات الوقت على تنمية جوانب القوة التي تميزهم وتطويرها ورعايتها مما يؤدي إلى تطور مواهب المتميزين منهم حيث يقوم هذا الدمج على أسس معينة منها تقارب نسب ذكاء الأطفال جميعاً، ووضعتهم في فصول أو تجميعهم بناء على قدراتهم الخاصة، وتقارب أعمارهم الزمنية، والبعد عن التوزيع العشوائي لهم في هذا الإطار، واستخدام استراتيجيات وطرق تدريس تتلاءم معهم، وإجراء بعض التغييرات الطفيفة في المناهج الدراسية بما يناسبهم، وأن تتناسب تلك المناهج مع قدراتهم وإمكاناتهم، وأن تعمل في الوقت ذاته على إشباع حاجاتهم الاجتماعية والأكاديمية. وهذا يجب إعداد الأطفال غير الموهوبين لتقبلهم، ومشاركتهم في مختلف الأنشطة، وتعديل اتجاهاتهم نحوهم.

(2) التوجيه والتأهيل المهني:

مما لا شك فيه أننا بعد أن نقوم بتقييم قدرات هؤلاء الأطفال الخسب ينبغي أن نعمل على تقديم التوجيه اللازم لهم في ضوء ذلك والذي يساعدهم على اختيار نوع الدراسة التي سوف يستكملونها، أو اختيار المهنة التي سوف يعملون بها في المستقبل والتي تتفق مع ما يتميزون به من قدرات وإمكانات حتى يتمكنوا من تحقيق النجاح فيها مستقبلاً مما يشعرهم بالفرد بفاعلية الذات، ويساعده على تحقيق هويته، وبالتالي يصبح مفهومه لذاته إيجابياً مما يساعده على أن يقدر ذاته إيجاباً. وعلى هذا الأساس يجب أن يكون مثل هذا التوجيه متفقاً مع ما يتميز به من قدرات، وأن يكون التأهيل المهني مناسباً لقدراته واهتماماته، وأن يمكنه فيه فترة تؤهله لإتقان تلك المهنة وبالتالي تحقيق النجاح فيها.



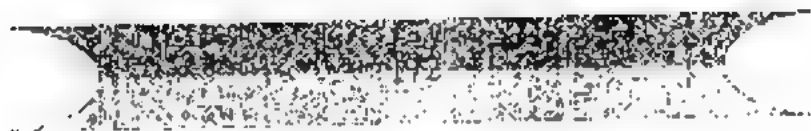


(3) الإرشاد النفسي:

يحتاج الطفل الأصم إلى إرشاد متمركز حوله وحول قدراته وإمكاناته حتى يتمكن من تعلم أسلوب أو أكثر للتواصل مع الآخرين، والحد من الآثار السلبية التي يمكن أن تترتب على إعاقته أو جوانب الضعف التي يهاني منها، والعمل على تدعيم جوانب القوة التي تميزه وتطورها، وليس الطفل فقط هو الذي يحتاج إلى مثل هذا الإرشاد بل إن والديه وأسرتهم يحتاجون أيضاً إليه حتى يتمكنوا من إكمال دور المدرسة، وإحاطته بانجزا الأسرى المناسب، والقيام بدور فاعل في سبيل تنشئته بشكل سوى يتمكن على أثره من تحقيق الاستفادة مما يتم تقديمه له من برامج تربوية مختلفة، كما يتمكنون من العمل على تنمية وتطوير قدراته ومهاراته سواء الاجتماعية أو الأكاديمية أو مهارات الحياة اليومية، ويساعدونه حتى أن يحيا بشكل مستقل، ويسهمون في التغلب على نواحي الضعف لديه.



4





الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

أهمية حاسة البصر وآلية الإبصار

تعد حاسة البصر من أهم حواس الإنسان، وقناة رئيسية لاستقبال الإشارة من العالم الخارجي والطفل ان الذي يتعرض لمشكلات بصرية، تصبح فرصه المتاحة للاتصال بانيته وتتعلم منها أقل بكثير من أقرانه المبصرين، وقد يقول البعض إنه يمكن للطفل تعويض فقدان حاسة البصر عن خلال تنمية الحواس الأخرى وتطورها، ولا جدل في أن الطفل يعوض بعض الحرمان الحسي البصري عن طريق الحواس الأخرى، خاصة حاستي السمع واللمس، وأنه يعوض جزءاً بسيطاً ويسيراً من ذلك الحرمان فقط.

فحاسة السمع لا تتيح لنا استقبال الإثارة الحسية من الأشياء إلا حين يصدر عنها صوت، أما حاسة اللمس فهي تمننا بخبرة حسية عن الأشياء الصغيرة والتي تكون في متناول يدينا ونستطيع تحسسها والتعرف على خصائصها.

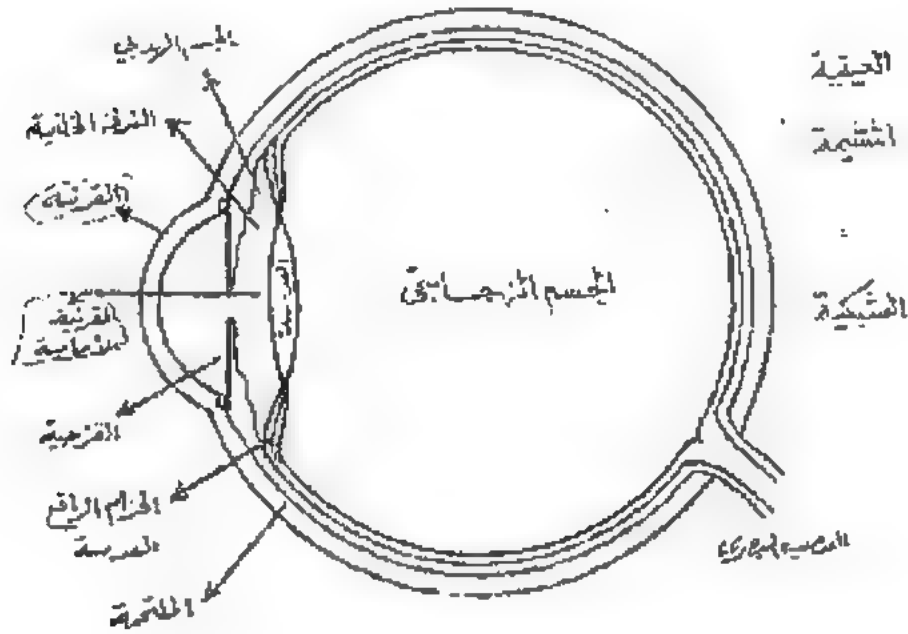
إن الحرمان من حاسة البصر يفقد الطفل معظم خبراته اليومية المتعلقة بالصورة واللون والشكل، ويحرمه من تكوين الصور الذهنية عن معظم الأشياء في البيئة، وكما هو معلوم فإن تكوين الصور الذهنية عن الأشياء و تخزينها واستدعائها عند الحاجة يعتبر من أهم مقومات عملية التعلم، لهذا نجد كتب ومناهج رياض الأطفال والصفوف الابتدائية الأولى تركز على الصورة بشكل أساسي؛ (85%) مما يتعلمه الإنسان من معرفة يأتي عن طريق حاسة البصر.

وقبل أن نتعرف على أنواع الإعاقة البصرية المختلفة وأسبابها والخصائص التربوية المترتبة عليها لابد في البداية من معرفة آلية الإبصار وفهم وظائفها





يقسم الجهاز البصري للإنسان بدرجة عالية من التعقيد ، ويطلب تخصصاً دقيقاً للإحاطة بكامل تفاصيله وآلية عمله ، ويوجه عام فإن الجهاز البصري يتألف من العين التي تقوم باستقبال الأشعة الصادرة عن الأجسام المبعثرة ونقل الصورة المبصرة على شكل ومضات كهربائية إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها ، والعين مكونة الشكل تكمن في محجرها داخل النجمجمة لحمايتها من المؤثرات والصدمات الخارجية ، وتتألف العين من الأجزاء الأساسية التالية:



شكل رقم (2)

جفناً العين: وهما الجفن العلوي والسفلي ، ووظيفتهما حماية العين من المؤثرات الخارجية.

الملتحمة: وهي عبارة عن غشاء يبطن جفون العين وبكرة العين نفسها.

القرنية: وهي عبارة عن غشاء شفاف يغطي الجزء الأمامي من مقدمة العين ، وتقوم القرنية بكمثر الضوء بهدف تركيزه على الشبكية.





الفصل الرابع: الإعاقة البصرية

الصلبة: وهي الجزء الصلب الأبيض اللون الذي يمسو العين ويحمي أجزائها الداخلية.

القرنية: وهي عبارة عن انغشاء اللون المستدير خلف القرنية والذي يعطي العين لونها المميز. ويوجد في وسط القرنية فتحة صغيرة تسمى البؤبؤ، وتقوم القرنية بالتحكم في كمية الضوء الداخلة إلى العين عن طريق التحكم في حجم البؤبؤ.

السائل المائي: وهي عبارة عن سائل مائي يوجد بين العدسة والقرنية ويقوم بتغذيتهم، كما أنه يساعد في تركيز الضوء الداخل إلى العين على الشبكية؛ حيث إن الشعاع الضوئي عندما يمر في هذا الوسط المائي يتعرض للانكسار. العدسة: وهي عبارة عن نسيج شفاف محدب يقع خلف القرنية، وتقوم العدسة بدور مهم جداً في تركيز الضوء على الشبكية.

السائل الزجاجي: وهو عبارة عن سائل هلامي يملأ تجويف العين خلف العدسة ينعكس الضوء عندما يمر من خلاله ليتم تركيزه على الشبكية، هذا؛ ويمكن القول أن كلاً من القرنية والسائل المائي والعدسة والسائل الزجاجي تقوم بتسقيق وضائفها بحيث تعرض الشعاع الضوئي لعمليات انكسار مختلفة؛ حتى يتم تركيزه على شبكية العين، ومن هنا يصطلح البعض على تسمية هذه الأجزاء (بالتركيبات الانكسارية) (Refractive Structures)

الشبكية: وهي عبارة عن أنسجة حساس للضوء، يغلف الجزء الخلفي للعين من الداخل، وتقوم مقام الفيلم في كاميرا التصوير، إلا أن الصورة لا تطبع على الشبكية؛ كما هي الحال في الفيلم بل يتم نقلها إلى الدماغ عن طريق العصب البصري.

العصب البصري: يتكون العصب البصري من خلايا عصبية، وتتلخص وظيفته في نقل الإشارات والإحساسات البصرية من الشبكية إلى مناطق الإبصار





في الدماغ، وكما نلاحظ فإن وظيفة الشبكية والعصب البصري وهي استقبال الإثارة الضوئية ونقلها إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها ونفسيرها، ولذا يقار إلى الشبكية والعصب البصري على أنهما (التركيبات المستقبلة Receptive Structures)

عضلات العين: بعض هذه العضلات خارجية تتحكم بحركة كرة العين إلى الأعلى والأسفل والجانبين، وهي عبارة عن ستة عضلات تعمل بتناسق، ويتحكم الإنسان فيها بشكل مناسب ومن هنا يأتى تحكمنا في حركة كرة العين، وفي بعض الحالات التي يحدث فيها خلل في الأداء الوظيفي لهذه العضلات فإننا نلاحظ اضطراباً في نشاط العين وفقدانها كحالات الحول أو التذبذبات اللاإرادية نقلة العين أو عدم وضوح الرؤية بسبب عدم توازن عمل تلك العضلات، ويشير إلى هذه الحالة باسم العمش التعتلي (Amblyopia)، أما العضلات الداخلية فهي التي تتحكم في شكل عدسة العين ودرجة تحدبها بشكل يضمن التكيف الضوء على الشبكية.

أما وظيفة العين فتشبه إلى حد ما طريقة عمل الكاميرا مع اختلاف كبير في درجة التعقيد، إذ إن العين بالغة التعقيد.

أما آلية الإبصار فتحدث كما يلي:

يقع الشعاع المنبعث من جسم ما على العين، ويمر من خلال القرنية حيث يتعرض لأول عملية انكسار. ومن ثم يصل الضوء إلى البؤبؤ الذي يقوم بالتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين، يصل الضوء إلى العدسة والتي تتغير درجة تحدبها تبعاً لكمية الضوء وخصائصه الأخرى، وتقوم العدسة بكسر الضوء بشكل يكفل تركيزه على شبكية العين، ويمر اشعاع الضوء عبر السائل الزجاجي الذي يعمل أيضاً على انكسار الضوء وتركيزه على الشبكية،





وتتكون صورة الجسم المبصر على الشبكية، ويتم نقلها عن طريق الألياف العصبية إلى العصب البصري الذي ينقلها إلى مراكز الإبصار في الدماغ.

تعريف الإعاقة البصرية:

إن الأداء الوظيفي لحاسة الإبصار، يتناول ثلاثة مظاهر أو جوانب أساسية هي:

1- وحدة الإبصار (Visual Acuity):

وتقاس بقدرة العين على رؤية الأجسام المرئية بكامل تفاصيلها مقارنة بقدرة العين السليمة، وحدة أو إبصار العين السليمة يساوي 6/6 متراً مقاسه بالنظام المتري أو 20/20 قدماً مقاسه بنظام القياس الإنكليزي.

فإذا قلنا إن وحدة الإبصار لشخص ما 12/6 فهذا يعني أنه لكي يستطيع هذا الشخص رؤية جسم ما بنفس الدقة التي يراها إنسان سليم البصر، عن مسافة (12) متراً يجب تقريب ذلك الجسم إليه إلى مسافة 6 أمتار.

2- المجال البصري (Field of Vision):

ويقصد به مجال الرؤية في الاتجاهات المختلفة في نفس الوقت من موقع الثبات، ضامعين السليمة قادرة على رؤية الأشياء بمدى قصدها 180 درجة، وفي حالة نقصان هذا المدى بشكل ملحوظ (20 درجة أو أقل) يعتبر عندها الطفل كفيفاً من الناحية القانونية، إن نقصان المجال البصري هو مظهر من مظاهر الإعاقة البصرية والذي يعرف بالرؤية النفقية.

3- أما المظهر الثالث للإبصار:

فهو إبصار الألوان، ويتمثل في القدرة على التمييز بين الدرجات المختلفة للصبغة (Hue) والتشبع (Saturation) واللمعان (Brightness)، وهذا يتضمن التمييز





بين الألوان المختلفة، والدرجات المختلفة للون الواحد، كالتمييز بين اللون الأسود والأزرق والتمييز بين درجاته المختلفة من اللون الأسود.

إن الخلل في الوظائف البصرية قد يتناول واحداً أو أكثر من المظاهر البصرية الثلاثة السابقة، إلا أن التقدم في مجال طب العيون جعل بالإمكان تصحيح الكثير من المشكلات التي تتعرض لها الوظائف البصرية، لذلك فإن النظرة الموضوعية لتحديد الآثار النهائية للخلل البصري، يجب أن تأخذ بالحسبان إمكانات علاج ذلك الخلل وتصحيحه، وتختلف درجة الخلل في الوظائف البصرية، بحيث تؤدي إلى صعوبات بصرية، أو كفاً للبصر.

ومن وجهة النظر الطبية فإن الشخص الكفيف، هو ذلك الشخص الذي تقل حدة إبصاره بأقوى العينين بعد التصحيح عن 60/6 أو 200/20 أو يقل مجاله البصري عن زاوية مقدارها 20 درجة (Chapman, et al., 1988).

وهذا التعريف هو التعريف المعتمد قانونياً في الولايات المتحدة ومعظم الدول الأوروبية، وفي حقيقة الأمر أن هذا التعريف يعتبر أكثر تساهلاً من غيره من التعريف في تحديد كفاً البصر، إذ إن نسبة ليست قليلة ممن يعدون مكفوفين بحكم هذا التعريف قادرون على الاستفادة من البقايا البصرية لديهم في قراءة الحذوطة الكبيرة أو فراءة الخطوط العادية باستخدام العدسات المكبرة، أو أشكال التكبير الأخرى.

أما منظمة الصحة العالمية فإنها تعتمد درجة مختلفة، فالكفيف وفق معيارها هو من تقل حدة إبصاره عن 60/3 ولو حاولنا ترجمة ذلك وظيفياً فإنه يعني أن ذلك الشخص لا يستطيع رؤية ما يراه الإنسان سليم البصر عن مسافة (60) متراً إلا إذا قرب له إلى مسافة (3) أمتار.

ويشجع استخدام تعريف منظمة الصحة العالمية في الدول الأقل نمواً، إن أهمية التعريف السابق تأتي من أنها تحدد المعايير القانونية التي تقدر مدى أهلية



الخصائص النفسية والاجتماعية للإعاقة البصرية

الفرد للحصول على مختلف الخدمات التي يقدمها المجتمع للمكفوفين، خاصة في المجتمعات التي يلزم فيها الفائزون تقديم امتيازات مادية أو ترفيهية أو تسهيلات أخرى لهم.

على أية حال فإن الأساس النظري في تعريف المكفوفين يتعرض لنقد كبير من قبل العاملين في ميدان التربية، باعتباره لا يقدم انكشافاً من المائدة للمعلمين أو الطلبة الذين يعانون من صعوبات بصرية، مما يبيّن المثال يوجد من الطلبة من يعاني من صعوبة بصرية حادة نكبتها دون مستوى ضعف البصر، وهؤلاء بحاجة إلى تسهيلات وإجراءات تربوية مناسبة حتى يستطيعوا الإفادة من الموقف التعليمي. من جانب آخر فقد وجدت بعض الدراسات أن نسبة يسيرة فقط ممن يصنفون على أنهم مكفوفين لديهم بقايا بصرية وظيفية (Hallahan & Knoffman, 1991).

ومن وجهة النظر التربوية، فإن التكفيف هو من فقد القدرة بكمية على الإبصار، أو الذي لم تنح له البقايا البصرية القدرة على القراءة والكتابة العادية حتى بعد استخدام المصطلحات البصرية، مما يحتم عليه استخدام حاسة اللمس لتعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل.

أما ذوي الإعاقة البصرية التي لم تصل درجة شدتها إلى الحد الذي يمكن معه اعتبارهم مكفوفين، فيشار على أنهم الذين تتراوح حدة إبصارهم بين 20/20 و 200/20 قدماً أي ما يقرب من 20/6 و 60/6 متراً.

ويرى كارتر أن ضعف البصر هو ذلك الشخص الذي يعاني من صعوبة إلا أنه باستخدام العينات البصرية كالنظارات المكبرة أو وسائل التكبير الأخرى أو العدسات، يتمكن من قراءة الكتابة العادية ويبدو واضحاً أن الاتجاه التربوي في النظر إلى الإعاقة البصرية يقوم على أساس مفهوم الكفاءة البصرية (Visual Functioning Efficiency)، وكانت بارجا (Barraga, 1983) تؤيّد من أشارت إلى



هذا المفهوم، وعليه طورت هي وزملاؤها مقياس انتكفاء البصرية التشخيصي الذي يشتمل على ثمانية جوانب رئيسية هي:

- 1- الوعي بالإشارة البصرية، ككأن يحرك رأسه أو عينيه باتجاه الضوء.
- 2- ضبط حركة العينين، وتمييز الأشكال والألوان.
- 3- تمييز الأشياء.
- 4- التعرف: والتمييز واستخدام صيغ الأشياء والأشخاص وصور الحوادث المختلفة.
- 5- الذاكرة البصرية: تذكر التفاصيل والعلاقة بين الأجزاء، والتمييز بين الشكل والخلفية.
- 6- تمييز الرموز والأشكال المجردة وإعادة رسمها.
- 7- إدراك العلاقة بين الصور والأشكال المجردة والرموز.
- 8- معرفة وإدراك الرموز في أشكال مختلفة، وإعادة رسمها (Hallahan & Kauffman 1991).

أما بالنسبة لقياس حدة الإبصار فإن لوحة سغلن (Snellen Chart) هي من أكثر الأدوات شيوعاً في هذا المجال، وغالباً ما نشاهدها في عيادة الطبيب، تشتمل هذه اللوحة على حروف بأحجام مختلفة: يطلب من المفحوص معرفة اتجاهها أو قراءتها، أما بالنسبة للنسخ التي نشاهدها في عيادة الطبيب، فتشتمل على صفوف من النواثر مختلفة الأحجام في كل منها فتحة صغيرة في محيطها يطلب من المفحوص تحديد اتجاهها.

أنواع الإعاقة البصرية:

سبق وأشرنا إلى فئتين رئيسيتين من الإعاقة البصرية: هما فئة المكفوفين (Blind) وفئة ضعاف البصر (Low - Vision) أو (Partially Sighted)، وتمت





الإشارة إلى الأساس العلمي أو التشريحي لتعريف هاتين الفئتين، والآن يهمنا أن نوضح الأشكال المختلفة لضعف البصر.

1- طول النظر (Hyperopia):

حيث يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية، ويعود السبب في طول النظر إلى قصر عمق كرة العين، بحيث تكون نقطة تركز الشعاع المنكسر خلف الشبكية. وبذلك لا تتكون الصورة للأشياء القريبة، أما الأشياء البعيدة فيمكن رؤيتها بسهولة، لذلك نجد الطالب الذي يعاني من طول النظر أثناء القراءة يميل إلى وضع الكتاب أمامه على مسافة أبعد من بقية الطلبة.

2- قصر النظر (Myopia):

وهي حالة عكس طول النظر، حيث إن الفرد يواجه صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة رؤية الأجسام القريبة، وتكمن المشكلة في أن عمق كرة العين من المقدمة الخلف يكون كبيراً مما يجعل الشعاع الساقط من الأجسام المرئية ينكسر ليتجمع خارج الشبكية. وعلى عكس زملائهم الآخرين نجد أن الطلبة الذين يعانون من قصر النظر يقرءون المادة المقرءة من أعينهم بشكل غير مألوف.

على أية حال فإن حالات طول النظر وقصر النظر والتي تعتبر من أكثر الصعوبات البصرية شيوعاً يمكن التغلب عليها باستخدام النظارات والعدسات اللاصقة.

3- اللابؤرية (Astigmatism):

وتحدث هذه الحالة نتيجة عيوب أو عدم انتظام في شكل القرنية أو العدسة، مما يؤدي إلى عدم انتظام في انكسار الضوء الساقط عليهما، حيث





يتمتص الضوء بشكل يؤدي إلى عدم وضوح الصورة، وفي معظم الحالات يمكن علاج هذه الحالة عن طريقة الجراحة أو العدسات اللاصقة.

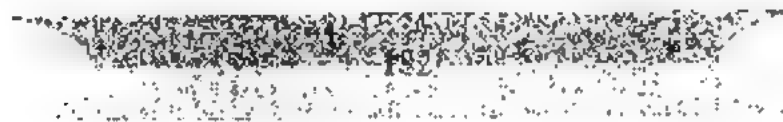
4- الجلوكوما (Glaucoma)

أو ما يشار إليه عادة (الماء الأزرق) وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي (الترطوبه المائية) داخل العين، مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر.

وإذا لم تكتشف هذه الحالة مبكراً وتعالج فإن الضغط قد يتطور إلى الحد الذي يمنع وصول الدم إلى العصب البصري مما يؤدي إلى تلفه والإصابة بكف كلي للبصر، وتتمثل أعراض هذه الحالة بالتفقد، أن التدرجي لقوة الإبصار، وألم في العين وصداع، وتخف مواجهة الضوء، وتكون هالات ملونة حول الأشياء، وعلى الرغم من أن الجلوكوما تصعب في أغلب بن حصار العين إلا أن هناك الجلوكوما الخلطية التي يمكن أن تكون وراثية، أو نتيجة تعرض الحامل لبعض أنواع العدوى كالحصبة الألمانية.

5- عتامة عدسة العين (Cataract)

ويشار بها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (الساد)، وتنتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيته، والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة، ويشير طبارة إلى أن 75% من الإصابات بعتامة عدسة العين تحدث بعد سن 65 سنة، وهذا لا يعني عدم تعرض الأطفال للإصابة به، إذ أن هناك حالات من الماء الأبيض الخلقي أو حالات تنتج عن صدمة شديدة للعين، أو تعرض العين للمواد الكيميائية السامة، أو الحرارة الشديدة.





وتتلخص أعراض عتامة العدسة بدمام وضوح الرؤية، والإحساس بأن هناك غشاوة على العينين، مما يؤدي إلى الرمش المتكرر أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون الأصفر، ومن أبرز الأعراض أيضاً الحساسية الزائدة للضوء والموهج وتغير لون بؤبؤ العين.

ويتم علاج الماء الأبيض عن طريق الجراحة حيث تستأصل العدسة ويزرع مكانها عدسة بلاستيكية، أو تستخدم العدسات اللاصقة أو النظارات. (Tabara & Degnan, 1986).

6- الحول (Strabismus)

وهو عبارة عن اختلال وضع العينين أو إحداهما مما يهبط وظيفة الإبصار عن الأداء الطبيعي، ويكون الحول إما خلقياً أو وراثياً، ولما أن يفتح عن أسباب تتعلق بظهور الأخطاء الانكسارية في مرحلة الطفولة (طول النظر، قصر النظر) أو ضعف الرؤية في إحدى العينين أو كليهما نتيجة لعتامة العين أو الأورام أو الخلل في الشبكية، وكثيراً ما يكون ضعف عضلات العين واحداً من الأسباب الرئيسية للحول.

ويؤدي الحول إلى ضعف الرؤية وإرهاق للعين إضافة إلى أنه قد يكون عرضاً من أمراض حالات أكثر خطورة كأمراض انشككية، وعندما يظهر الحول في الطفولة، على أونياء الأمور سرحة مراجعة الطبيب المختص، إنه من المهم أن يصحح النظر في العين المصابة بالحول حتى لا تصاب بالكم من البصري، وإصابة العين بالكسل البصري في مرحلة الطفولة تقود إلى ضعف في نمو الخلايا العصبية البصرية مما ينتج عنه ضعف في الإبصار، وفي بعض حالات الحول نجد أن المصاب تحدث له ازدواجية الرؤية أي أنه يرى الجسم الواحد جسمين.

7-الرأفة (Nystagmus)

وهي عبارة عن التذبذب السريع واندائج في حركة المقلتين مما لا يتيح للفرد إمكانية التركيز على الموضوع المرئي.

أسباب الإعاقة البصرية وطرق الوقاية:

خلال استعراضنا لأهم الصعوبات البصرية تجب الإشارة إلى أهم العوامل السببية في كل حالة، ويمكن تلخيص مجمل أسباب الإعاقة البصرية فيما يلي:

1- الأسباب الخلقية وهي إما نتيجة عوامل وراثية أو عوامل تتعرض لها الأم الحامل فتؤثر على الجنين، ويشير تشابنان وآخرون (Chapman, et al., 1988) إلى أن حوالي 61% من الصعوبات البصرية المختلفة للأطفال المدارس هي نتيجة لعوامل قبل الولادة، والجزء الأكبر منها يعود إلى عوامل وراثية كمرض تحلل الشبكية والتشوهات الخلقية في القرنية والماء الأبيض انوراشي، وحالات التهاب وانحصبية الألمانية والهريس.

2- الأمراض التي تصيب العين وأهمها التراخوما والرمم الحبيبي والماء الأبيض والماء الأزرق والسمكري.

ولقد سلقت الإشارة إلى مرض الماء الأبيض، أما بالنسبة للتراخوما فهو واحد من الأمراض المعدية المنتشرة في منطقة الشرق الأوسط وأفريقيا، حيث الأجواء الجافة والمغبرة التي تعتبر مناخاً ملائماً لانتشار جرثومة المرض، كما أن تدني مستوى النظافة والوعي الصحي يسهم بشكل مباشر في انتشاره، يصيب التراخوما "الملحمة" ويؤدي إلى جفافها والتفاف جفون العين للداخل، مما يؤدي إلى جروح في القرنية ينتج عنها صعوبات بصرية أو كفا كفا للبصر في الحالات الحادة والتي لا تدهج مبركاً.



3- الإصابات التي تتعرض لها العين كاصدمات الشديدة للرأس التي قد تؤدي إلى انفصال الشبكية أو تلف في العصب البصري أو إصابة العين بأجسام حادة، أو تعرض الأطفال غير مكتملي النمو إلى كميات عالية من الأوكسجين في الحاضنات مما يؤدي إلى تلف الشبكية.

4- الإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة مما يؤدي إلى آثار جانبية وتطور هذه الصعوبات إلى درجة أشد كما هو الحال في حالات طول البصر وقصر البصر والحول واناء، الزرقاء والبيضاء.

وهيما يتعلق بالوقاية من الإعاقة البصرية إلى أن ما بين (50%) و (75%) من الإعاقة البصرية يمكن الوقاية منها أو تصحيحها، وهناك العديد من الإجراءات الواجب اتخاذها سواء للحينونة دون حدوث الخلل البصري أو منع تطوره إلى درجة أشد، أو تقديم العون للمعوقين بصرياً لتسهيل عملية اندماجهم في المجتمع وتغلبهم على صعوباتهم.

5- انفصال شبكية؛ وينتج عن ثقب في الشبكية مما يؤدي إلى تجمع السائل وانفصال الشبكية عن جدار مقلة العين، ومن أهم أعراض انفصال شبكية آلام شديدة وضعف في مجال الرؤية.

6- احتلال الشبكية الناتج عن السكري؛ ويحدث عندما تصاب الأوعية الدموية في الشبكية ويحدث نزيف دموي يؤدي إلى حالة العمى.

7- تنكس الحفيرة وهو اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية المعروفة بالحفيرة، ومن مظاهره الصعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة وحيث إن الحفيرة مسبوقة عن البصر المركزي، لذا فإن الاضطراب يؤدي إلى فقدان البصر المركزي.



8- ضمور العصب البصري: ويحدث نتيجة الحوادث أو الالتهابات والأورام وتقص الأوكسجين مما يؤدي إلى فقدان البصر.

شروع الإعاقة البصرية:

تعتبر انصعوبات البصرية من الحالات الأقل حدوثاً مقارنة بفئات الإعاقة الأخرى، وكما سبق وأشرنا فإن تقدير نسبة الشروع يعتمد على المعيار أو التحديد المستخدم والسنة العمرية المستهدفة وغير ذلك من متغيرات - ويشير (هالمان وكوفمان) إلى أن نسبة كفا البصر لدى أطفال المدارس بحدود 10% من حالات كفا البصر لدى الراشدين، وتشير تقديرات مكتب التربية الأمريكي إلى أن 0.07% من العادة في مرحلة رياض الأطفال حتى المرحلة الثانوية يتفقون خدمات خاصة بالمعوقين بصرياً، من جانب آخر فإن التقديرات تشير إلى أن ما نسبته 0.15 - 0.56% من المجتمع الأمريكي يعتبرون قانونياً مكفوقين (Hallahan & Kautfman, 1991) في دراسة عن الإعاقة البصرية في المملكة العربية السعودية قام بها كل من طيارة ودجنان (Tabbara and Degnan, 1986) أشاروا إلى أن ما نسبته 0.24% من الأفراد الذكور من سن (الولادة - 19 سنة) يعانون من كفا كلي للبصر، بينما ما نسبته 1.16% من الذكور من نفس الفئة العمرية يعانون من صعوبات بصرية لا تصل إلى حد كفا البصر، بينما كانت النتائج المتعلقة بالإناث في نفس الفئة العمرية كالتالي: 0.2 كفا بصري 1.22% صعوبات بصرية، ومما تجدر الإشارة إليه أن الدراسة السابقة استخدمت معياراً متحفظاً لتحديد حالات كفا البصر، ولذا أخذت بالمعيار الأمريكي مثلاً فإن النسبة ستكون أعلى.



تشخيص الإعاقة البصرية:

إن الكشف والتدخل العلاجي المبكر يعتبر ذا أهمية خاصة من الناحية التربوية في العمل مع ذوي الإعاقة البصرية، وبينما يكون من السهل اكتشاف حالات الإعاقة البصرية الحادة، فإن الكشف عن الإعاقة البصرية الأقل حدة يتطلب اهتماماً خاصاً من أولياء الأمور والمعلمين ولقد أوردت العديد من المصادر المظاهر التالية كمؤشرات على احتمال وجود صعوبة بصرية لدى التلاميذ:

- 1- الاحمرار المستمر في العين.
- 2- كثرة الإدماع والإفرازات البيضاء في العين.
- 3- الحركة السريعة لمقلة العين وصعوبة تركيز النظر.
- 4- ظهور عيوب وضعة في العين كالتحوي.
- 5- الذبذبة السريعة والمتكررة لأهداب العين.
- 6- حيلقة العين أثناء النظر إلى شيء ما.
- 7- وضع غير طبيعي للرأس أثناء القراءة والكتابة.
- 8- تقريب المادة المقروءة أو إبعادها بشكل ملفت للنظر.
- 9- التعلثر أثناء المشي والحذر الشديد عند نزول السلم.
- 10- فرك العينين لدى محاولة إدراك التفاصيل الدقيقة لشيء ما.
- 11- تحاشي الضوء أو طنب المزيد منه.
- 12- كثرة الشكوى من عدم وضوح ما هو مكتوب على اللوح.
- 13- سرعة الشعور بالإجهاد والتعب أثناء القراءة والكتابة والأعمال الأخرى التي تتطلب تركيزاً بصرياً.
- 14- تكرار الشكوى من الصداع.





15- كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة خاصة فيما يتعلق بالحروف

المتشابهة أو ضياخ السطور عند القراءة.

16- صعوبة التمييز بين الأتوان المختلفة.

17- تغطية إحدى العينين باليد أثناء القراءة، أو التدقيق في شيء ما.

18- إظهار صعوبة في تلف الكرة وتجنب الألعاب التي تعود إلى احتكاك

جسمي.

خصائص المعوقين بصرياً؛

لا جدل في أن معرفة خصائص المصابين بالإعاقة البصرية تعتبر ضرورية لأبناء أسرهم ومعلميهم من أجل التوصل إلى أفضل الطرق والأساليب للتعامل معهم، فالإعاقة البصرية مثلها مثل الصعوبات والإعاقات الأخرى تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على جوانب النمو المختلفة للأفراد، ولكن لابد من الإشارة على أن المعوقين بصرياً كغيرهم من الأفراد ليسوا مجموعة متجانسة؛ إذ أن بينهم فروقاً فردية، ويختلفون في خصائصهم واحتياجاتهم تبعاً لطبيعة الصعوبة البصرية، ودرجتها؛ والسن التي تقع فيها والبيئة المحيطة بالفرد المصاب بالإعاقة البصرية، والخصائص المختلفة ليست وظيفة أو بوماتيكية لكف البصر أو ضعفه؛ إذ أن ردود الفعل حياز المعوقين بصرياً وأساليب التعامل معهم ونوعية الرعاية والخدمات المتوفرة لهم تسهم بدرجة كبيرة في تشكيل خصائصهم النفسية والاجتماعية والأكاديمية. وعلى الرغم من صعوبة التوصل إلى تعميمات مطلقة حول الخصائص المختلفة للمعوقين بصرياً فإن نتائج الدراسات المختلفة والملاحظات الإكلينيكية تسمح باستعراض أبرز الملامح المميزة للمعوقين بصرياً كمجموعة.



الخصائص الجسمية:

يترتب على الإعاقة البصرية المختلفة أثار غير مباشرة على بعض الخصائص الجسمية والحركية، ففي حين نجد النمو الجسمي في الطول، والوزن يسير على نحو لا يختلف عن نمو الأطفال البصرين، فإن به من المتصور يمكن أن يلاحظ في المهارات الحركية، ضائقين بصرياً يواجهون قصوراً في مهارات التناسق الحركي والتأزر العضلي نتيجة لمحدودية فرص النشاط الحركي المتاحة من جهة ونتيجة للحرجان من فرص التقليد للكثير من المهارات الحركية كالقفز والجري والتمايز الحركية؛ ونظراً لإحجام معظم الموقوفين بصرياً عن المشاركة في الألعاب التي تتطلب سرعة في الأداء واستخداماً للعضلات الكبيرة كمسابقات الجري أو كرة القدم، فإنهم يتعرضون إلى خلل في توازن استهلاك الطاقة، وقد يكون فيما سبق تفسير نظامية السمنة في أوساط المكفوفين وهذا القصور في المهارات الحركية لدى المعاقين بصرياً يرجع إلى الأسباب التالية:

1- نقص الخبرات البيئية والذي ينتج عن:

- أ- محدودية الحركة.
- ب- نقص المعرفة بمكونات البيئة.
- ج- نقص في تفاهيم والعلاقات المكانية التي يستخدمها المصورون.
- ح- القصور في تناقص الإحساس الحركي.
- خ- القصور في التناسق العام.
- د- فقدان الحافز للغامرة.

2- عدم القدرة على المحاكاة والتقليد.

3- قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية.



4- انحصار الزائدة من جانب أولياء الأمور والتي تعيق الطفل عن اكتساب خبرات حركية مبكرة.

5- درجة الإبصار، حيث تتيح القدرة على الإبصار للطفل فرصة النظر إلى الأشياء الموجودة في بيئته والتعرف على أشكائها وألوانها وحركاتها مما يؤدي إلى جذب وإثارة اهتمامه بها فيدفعه هذا إلى التحرك نحوها للوصول إليها، فيساعد ذلك على تنمية وتدريب مهاراته الحركية في وقت مبكر، أما في حالة الطفل المعاق بصرياً فإن عدم رؤيته للأشياء الموجودة في بيئته يحد من حركته الذاتية باتجاه الأشياء، وذلك لغيب الاستثارة البصرية.

ومن الخلل اثنان المميز للسلوك التحركي لدى المكفوفين ما يعرف بالسلوك الحركي النمطي أو التزمات الحركية (Stereotypic Behaviors) من مثل التحركة المستمرة بالجزء العلوي من الجسم إلى الأمام والخلف (Rocking)، أو استمرار فرك العينين، أو اللعب بالأصابع، أو ضرب الركبتين ببعضهما أثناء الجلوس وما شابه ذلك من حركات، وفي السابق كان يعتقد أن مثل هذا السلوك النمطي يقتصر ظهوره في أوساط المعوقين بصرياً لكنه في الحقيقة يظهر أيضاً لدى المعوقين عقلياً والأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية، كما يمكن ملاحظة هذا السلوك لدى الأفراد غير المعوقين في حالات التوتر أو بعض المواقف المحدودة.

وهناك ثلاثة اتجاهات نظرية تحاول تفسير ظاهرة السلوك الحركي النمطي:

- 1- الاتجاه الأول: يؤكد على أن الحرمان الحسي (Sensory Deprivation) المتمثل في انخفاض مستوى الإثارة الحسية نتيجة لنقص البصر أو ضعفه، يدفع الطفل إلى محاولة التعويض عن طريق الإثارة



الذاتية، فعلى سبيل المثال أشارت بعض الدراسات إلى أن درجة ظهور سلوك فرك العين لدى الأطفال الذين لديهم بقايا بصرية ضئيلة أكبر منها لدى الأطفال فاقد البصر أو الذين لديهم بقايا بصرية أفضل، على اعتبار أن الأطفال ضعيفي البصر بدرجة شديدة يمكن أن يحصلوا على إشارة عصبية من خلال الضغط على العين، بينما المكفوفين لا يمكنهم ذلك، أما ذوو البقايا البصرية الأفضل فإن درجة حرمانهم الحسي أقل ولذلك فإن نزعتهم للإدراك الذاتية من طريق الضغط على العين هي الأخرى أقل.

2- الاتجاه الثاني: يؤكد على أن السبب انكسار وراء السلوك الحركي النمطي هو الحرمان الاجتماعي (Social Deprivation) وتتلخص وجهة نظر أصحاب هذا التفسير، في أن العزلة الاجتماعية تدفع الفرد إلى الإتيان الذاتية عن طريق السلوك النمطي.

وحقيقة الأمر أن هذا السلوك يمكن أن يلاحظ أيضاً على بعض المبصرين في مواقف الاجتماعية غير المألوفة لهم واللقاءات التي تكون فرصتهم للتفاعل الاجتماعي فيها قليلة.

3- الاتجاه الثالث: في تفسير السلوك النمطي يرى أن الضغوط والتوترات الانفعالية هي السبب وراء استسلام الفرد المعوق إلى أنماط مألوفة من السلوك الحركي.

إن هذا التفسير ينترض أن السلوك النمطي ليس مقصوراً على المعوقين بصرياً وإن كانت احتمالية ظهوره لديهم أعلى؛ ويقول أصحاب هذا الاتجاه أن التوترات الانفعالية قد تدفع غير المعوقين إلى سلوكيات نمطية.

وكما يلاحظ فإن كل واحد من الاتجاهات الثلاثة يقدم تفسيراً مقبولاً لأسباب السلوك النمطي، يمكنها تباعيد النظرة ولا تقدم تفسيراً شاملاً للمعانات



المختلفة وعليه فإننا نرى أن كل اتجاه منها قد يفسر جزءاً من الأسباب لكنها مجتمعة توفر إطاراً أكثر قبولاً لتفسير الأسباب الكامنة وراء السلوك الحركي النمطي.

الخصائص العقلية :

في البداية لابد من الإشارة إلى صعوبة قياس ذكاء المكفوفين وضعاف البصر بدقة لاعتبارات عدة، أهمها أن معظم اختبارات الذكاء المتوافرة تستلزم على أجزاء أدائية (كبناء المكعبات أو تجميع الأشكال ... الخ) وبالطبع فهي غير ملائمة للاستخدام مع المعوقين بصرياً، إضافة إلى ذلك فإن الاختبارات المطورة للمكفوفين على قننها تموزها الدقة في معايير التقنين وفي معظم الأحيان يلجأ الفاحصون إلى استخدام الجزء اللفظي من مقياس وكسلر للذكاء الأطفال المنفج (WISC-R) لتقدير ذكاء الأطفال المعوقين بصرياً، ويشير كسل من هالمان وكوفمان إلى أن نتائج معظم الدراسات تشير إلى أن الاختبارات التي اعتمدت على الجزء اللفظي من اختبارات الذكاء أظهرت أنه لا يوجد فرق كبير بين ذكاء المعوقين بصرياً مقارنة بالبصرين، ومن الملاحظ أن المعوقين بصرياً يواجهون مشكلات في مجال إدراك المفاهيم ومهارات التصنيف للموضوعات المجردة خاصة مفاهيم الحيز والمعكان والمسافة، من جانب آخر فإن الانتباه والذاكرة السمعية من العمليات العقلية التي يتفوق فيها المعوقون بصرياً على البصرين، وليست هذه خاصية وراثية للمعوقين بصرياً، بل إنها نتيجة للتدريب المستمر الذي يمارسه المعوق بصرياً لهذه العمليات بحكم اعتماده بدرجة كبيرة على حاسة السمع.

الخصائص اللغوية :

لا يعتبر ضعف حاسة البصر أو فقدانها من العوامل المعيقة لتعلم الطفل اللغة وفهم الكلام إلا أن لها أثراً على بعض مهارات الاتصال اللفظي الشفوي، وعلى





الفصل الرابع: الإعاقة البصرية

مسبل المثال فإن الحرمان من حاسة البصر لا يسمح للمعوق بصرياً بتعلم الإيماءات والتعبيرات، كما أن نسبة شيوع المشكلات في التفاعل بين المعوقين بصرياً أعلى منها عند المبصرين، نتيجة لحرمانهم ملاحظة الشفاه لتعلم النطق السليم.

إن الكثير من المعاقين بصرياً يعانون من بعض الاضطرابات في الكلام واللغة، وقد أشارت بعض المعلومات عن ظاهرة اضطرابات اللغة والكلام لدى الأطفال المعاقين بصرياً، أنها مستفعاة من عيانات من انطلاب المعاقين بصرياً، المتقيمين في المدارس الداخلية، وأن هؤلاء الطلاب لا يمكن أن يمثلوا فئات المعاقين بصرياً، وهذا فإنه يجب أن نأخذ هذه الخصائص بحذر تام وأن لا نطلقها على جميع المعاقين بصرياً بكامل قناتهم ودرجاتهم، ومن أهم أنواع اضطرابات اللغة والكلام التي يعانيها بعض المعاقين بصرياً والتي أجمعت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا الميدان ما يلي:

1- العجز: يتمثل في ارتفاع الصوت الذي قد لا يتوافق مع طبيعة الحدث الذي يتكلم عنه.

2- عدم التغير في طبقة الصوت بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة.

3- قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث والذي يتمثل بعدم التغيرات أو التحويل في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع لشخص ما.

4- انقصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والحسية المصاحبة للكلام.

5- "اللفظية" الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى؛ وينتج هذا عن القصور في الاستخدام الدقيق لشكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع ما أو فكرة معينة، فيعتمد في سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ على يستطيع أن يوصل أو يوضح ما يريد قوله.



6- قدور في التعبير، وينتج من القصور في الإدراك البصري لبعض المفاهيم أو العلاقات أو الأحداث وما يرتبط بها من قصور في استدعاء الدلالات اللفظية التي تعبر عنها.

الخصائص الاجتماعية:

يتأثر التوافق الاجتماعي للمعوق بصرياً بفرص التفاعل الاجتماعي المتاحة من جهة ودرجة تقبل أو تكيف الفرد مع إعايقته من جهة أخرى، وتعتبر الاتجاهات الاجتماعية حيال المعوقين بصرياً وطبيعة التدريب الذي يتلقاه المعوق بصرياً من العوامل الأساسية في إغناء فرص التفاعل الاجتماعي المتاحة، وفيما يتعلق بالاتجاهات الاجتماعية السائدة حيال المعوقين بصرياً في المجتمعات الغربية فهي متناقضة. في نتائجها، ويصعب على المبصرين التعرف على المعوقين بصرياً عن كثب حتى يتوصلوا إلى درجة أكثر موضوعية عن قدراتهم وإمكاناتهم، أما فيه أي تعلق بطبيعة التدريب الذي يتلقاه المعوق بصرياً وعلاقته بتوافقه الاجتماعي فلقد أظهرت العديد من الدراسات أن المعوقين بصرياً الذين يتلقون خدمات تربوية في المدارس العادية أكثر توافقاً ممن يوضعون في مدارس التربية الخاصة أو المدارس الداخلية.

إن التفاعل الاجتماعي في الحياة اليومية لا يقوم فقط على الاتصال اللفظي، وحتى الاتصال اللفظي نفسه يتضمن الكثير من المضمينات الرمزية التي يعبر عنها بتعبيرات الوجه والعيون والإشارات، والتي تضيف على التواصل اللفظي معنى وقيمة أكبر، والمعوقون بصرياً بحكم طبيعة إعاقتهم يواجهون قصوراً في مختلف أنماط ذلك التعبير الرمزي غير اللفظي لذلك يجب أن يتلقى المعوق بصرياً والمكفوفين خاصة تدريباً أساسياً في هذا المجال، فعلى سبيل المثال لا الحصر .. يجب تدريب المكفوف على مهارات الإصغاء والمحادثة الاجتماعية لتحسين درجة تقبل الطرف الآخر في المحادثة له، ومما يتم التدريب عليه في هذا المجال هو إبقاء



الوجه في اتجاه المتكلم، المحافظة على مسافة مناسبة بينه وبين الطرف الآخر، وضبط أية لزعات حركية وعدم الانشغال عن المتحدث بأشياء أخرى وغير ذلك من متطلبات المحادثة الناجحة.

ومن العوامل الأخرى التي ترفع من درجة التوافق الاجتماعي للمعوق بصرياً هو التدريب على النشاطات الحياتية المختلفة خاصة فيما يتعلق بالعناية بالذات والمظهر والتنقل في البيئة، إن إتقان المهمات السابقة يعمل بشكل مباشر على تعزيز ثقة المعوق بصرياً بنفسه وتقليل درجة اعتماده على الآخرين، كما أنه يساهم بشكل غير مباشر على تحسين الاتجاهات الاجتماعية السائدة نحوهم.

الخصائص النفسية:

إن النمو النفسي للطفل المعوق بصرياً لا يختلف عنه عند المبصرين، ويمكن القول أن الطفل المعوق بصرياً لا يواجه صعوبات انفعالية متميزة عن الآخرين (والاضطرابات الانفعالية التي قد تظهر لدى الطفل المعوق بصرياً هي ذاتها التي يمكن أن يتعرض لها الطفل المبصر مع فرق في الدرجة بحكم ما يتعرض له المعوق بصرياً من ضغوط، وتلعب الخبرات الأسرية في الطفولة المبكرة ونمط تنشئة الطفل المعوق بصرياً دوراً كبيراً في تحديد مفهوم الطفل لذاته من جهة ودرجة توافقه النفسي من جهة أخرى.

إن المعوق بصرياً أكثر من أقرانه المبصرين عرضة للقلق، خاصة في مرحلة المراهقة نظراً لعدم وضوح مستقبله المهني والاجتماعي وما يواجهه من صعوبات في تحقيق درجة عالية من الاستقلالية والتي يسعى لها جميع المراهقين في العادة، ولا يعني ما سبق أن المعوقين بصرياً يطورون «أولئك عصائياً أكثر من غيرهم».

إن إدراك أهمية ردود فعل الأهل حيال أبنائهم المعوقين بصرياً ودورهم الكبير في إذاحة المرض النفسي سليم أمر في غاية الأهمية وذلك نظراً لدرجة الاعتمادية الكبيرة التي يطورها المعوق بصرياً في مراحل الطفولة المبكرة على



أسرته، مما حدا بالاهتمين بشؤون المتكففين، التأكيد على ضرورة تقديم الخدمات الإرشادية للأسر، وتدريبهم على كيفية العمل مع طفلهم المعوق بصرياً، وفيما يلي أهم الأسور التي يجب أن يأخذها الوالدان بعين الاعتبار ليساعدا طفلهما على تحقيق درجة ملائمة من التوافق النفسي والاجتماعي:

1- تجنب الحماية الزائدة للطفل المعاق بصرياً وإتاحة الفرصة له لكي يجد الأشياء بطريقته الخاصة.

2- تدريب الطفل على القيام بالمهام المختلفة أسوة بإخوته المبصرين وتعزيز معاوناته للوفاء بحتياجاته الخاصة، خاصة فيما يتعلق بنشاطاته الحياتية الأساسية، ويدخل ضمن هذا الإطار التدريب على الاستقلالية في تناول الطعام وارتداء الملابس والاهتمام بالمهارات الحياتية اليومية والسلامة العامة للطفل.

الخصائص الأكاديمية:

لا يختلف المعوقون بصرياً بوجه عام عن أقرانهم من المبصرين فيما يتعلق بالقدرة على التعلم، والاستفادة من المنهاج التعليمي بشكل مناسب، ولتكن يمكن القول أن تعليم الطالب المعوق بصرياً يتطلب تعديلاً في أسلوب التدريس والوسائل التعليمية المستخدمة، تتلاءم مع الاحتياجات التربوية المميزة للمعوقين بصرياً، إذ ما من شك في أن ضعف البصر أو بكفه يحد من قدرة الطالب على التعلم بذات الوسائل والأدوات المستخدمة مع المبصرين.

وتعتبر درجة الإعاقة البصرية والسن الذي حدث فيه، من العوامل الهامة التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند التخطيط للبرنامج التعليمي للمعوقين بصرياً، فعلى سبيل المثال، تختلف احتياجات التلميذ الذي يعاني من ضعف بصري بسيط عن احتياجات زميله الذي يعاني من كف كلي للبصر، كما أن من أصيب بكف البصر عن عمر 6 سنوات أو أقل قليلاً، يتوفر لديه صورة ذهنية



عن العالم الخارجي، بعكس الطفل الذي وُلد كفيفاً، أو يصاب بكف البصر في السنة الأولى والثانية من العمر، وعلى الرغم من أن درجة الإعاقة البصرية تختلف من فرد لآخر، وكذلك الخبرة الذاتية، فإنه يمكننا أن نلخص أبرز الاحتياجات التربوية المتميزة لهذه الفئة والاعتبارات الواجب مراعاتها في برنامجهم التعليمي (Dodds, et al., 1982).

الاحتياجات التربوية للمعوقين بصرياً

تتلخص أبرز الاحتياجات التربوية الخاصة بالمعوقين بما يلي:

1- عدم القدرة على تعلم القراءة والكتابة بالطريقة العادية:

فبحكم عدم قدرتهم على رؤية الحروف، لا يستطيع المكفوفين أو ضعاف البصر، تعلم القراءة والكتابة العادية، وهذا يستدعي تعليمهم تلك المهارات بطريقة برايل (Braille) وطريقة برايل عبارة عن نظام كتابة الحروف عن طريق النقاط القاهرة، وسميت هذه الطريقة باسم مبتكرها الفرنسي لويس برايل، تتم الكتابة بطريقة برايل عن طريق خلية من ستة نقاط تشير إلى حرف ما حسب النقطة القاهرة من تلك الخلية.

يقوم الطالب بقراءة (برايل) عن طريق اللمس، كما يمكن أن يستخدم آلة طباعة خاصة لكتابة برايل، أو يستخدم مسطرة خاصة، ومخزّن، ومن الجدير بالذكر أن هناك ورقاً خاصاً لكتابة برايل، يجب البدء بتعليم الكفيف برايل، مع بداية دخوله المدرسة، وملاحظة أن الطالب يحتاج إلى سنوات عدة لإتقانها، وحتى عندما يتقن الطالب القراءة والكتابة بطريقة برايل، فإن سرعته في أداء ذلك، تبقى أقل بكثير من سرعة المبصرين في الكتابة والقراءة، ويقدر معظم الباحثين أن الطالب الذي يتقن برايل قراءة وكتابة لا يتجاوز سرعته في أحسن الأحوال نصف سرعة المبصرين، وبكفي أن نذكر أننا حينها نقرأ تقع عيننا



على الكلمة بشكل كني وننتقل لنأتي عليها، لا بل في كثير من الأحيان نقرأ أكثر من كلمة في نفس اللحظة، بينما الكفيف يحتاج لأن يتلصص ما يقرأ حرفاً حرفاً ومن ثم يجمعه في كلمة واحدة.

ومن المشكلات الأخرى المرتبطة بعارضة برايل، هو صغر المساحة اللازمة للكتابة من جهة وسك الورق اللازم، مما يتجمل أنه أن كتباً صغيراً قد تتطلب كتابته برايل إلى مجموعة من الأوراق قد يصل سمكها إلى (20) سم، وقد يصل وزنها إلى أكلع مما يشكّل عبئاً على التلميذ.

2- ضرورة تدريب الحواس الأخرى:

وذلك حتى يعوض عن الحرمان البصري، ومن أهم الحواس الأخرى التي يجب التدريب عليها حسنا السمع واللمس إذ أن الكفيف يعتمد عليهما بشكل كبير إلى جانب الحواس الأخرى في الاتصال بالعالم الخارجي والتكيف به.

ويعتقد البعض خطأ أن هاتين الحاستين تتطوران تلقائياً لدى الكفيف، وفي حقيقة الأمر فإن الكفيف بحاجة إلى تدريب منظم لتسليتهما، ففني المجال السمي يتم تدريب الكفيف على تمييز الأصوات ومهارات الإصغاء، وكذلك الحال بالنسبة لحاسة اللمس حيث يتم تدريسه على استكشاف الأشياء عن طريق اللمس وتنمية درجة التمييز اللمسي لديه، خاصة وإن قراءة برايل تتطلب درجة عالية من التمييز اللمسي برؤوس أصابع اليد.

وتختلف طبيعة التدريب الحسي المقدم باختلاف العمر، ففي مراحل الطفولة المبكرة، قد تدرب الأطفال في المجال السمي على التمييز بين الأصوات القريبة والبعيدة، وفي اتجاهات مختلفة بالنسبة للشخص؛ والأصوات المرتفعة والمنخفضة، والنغمات المختلفة للأصوات، كما تدربه على تمييز أصوات الأشياء والموضوعات المختلفة في بيئته، كما التعرف على أصوات الحيوانات المختلفة أو الأصوات الصادرة عن وقوع أشياء مختلفة.





أما في مراحل الدراسة الإعدادية والثانوية، فتركز في تدريبنا السمعي على مهارات الإصغاء واكتشاف الأصوات ومعرفة من خلفيات صوتية (مثل معرفة ما يقوله شخص ما في وسط حديث مجموعة من الأشخاص أو نقاش جماعي)، والتدريب على التركيز السمعي والمتابعة السمعية.

3- التدريب على الانتقال والتوجيه :

إن قدرة الكفيف على الانتقال في البيئة : تعتبر من أهم العوامل التي تعزز استقلاليته واعتماده على نفسه من جهة، وتكيفه مع مجتمعه واندماجه في الأنشطة المختلفة من جهة أخرى، وحيث إن خبرة الكفيف البصرية بالبيئة الفيزيائية، معدومة أو محدودة جداً، فإن تنقله من مكان لآخر يتطلب منه الاعتماد على حواسه الأخرى والتدريب على استكشاف معالم البيئة الضيعية حوله، وإذا لم يتطور الكفيف مهاراته في الانتقال فإنه يبقى قاصداً عن الخروج بمفرده ويضطر للاعتماد على غيره في هذا المجال، حيث يكون دائماً بحاجة إلى من يقوده إلى الطريق التي يريد، وفي بعض الأحيان يلجأ الكفيفون إلى انضالاب المدرية أو العصا لتساعدهم في التنقل بدلاً من الاعتماد على أشخاص آخرين، ولكن مرة أخرى يقع الكفيف أسير الاعتمادية.

لذلك ومنذ السن المبكر يجب البدء في تدريب الطفل الكفيف على الانتقال في البيت والحديقة، ومن ثم داخل المدرسة والمجتمع بشكل عام وأثناء تدريب الطفل الصغير على الانتقال داخل البيت، لا ضير في أن يكون حافي القدمين حتى يستطيع أيضاً الاعتماد على باطن القدم في التعرف على معالم أرضية المنزل.

يتضمن التدريب على الانتقال في البيئة معرفة الاتجاهات والإحساس بالمكان والعلاقة بين موضوع الكفيف والأشياء الأخرى، واستخدام اتجاهات الدالة للطريق، وهي عبارة عن مؤشرات ذهنية يكونها الكفيف لمعرفة طريقه،



مثال: تمبر (5 خطوات ومن ثم تدور إلى اليسار حيث تدخل إلى البيت وتصلح السلم (10 درجات، ويكون مدخل الشقة على اليمين) وكذلك يتضمن التدريب على التنقل استخدام العصا، ومهارات عبور الطريق، واستخدام إيماءات التواصل... الخ؛ أما بالنسبة للتمييز الكمي، فإنه من المفيد أن نرسم له البناء المدرسي بشكل نافر يسمح له بالتعرف عليه من خلال الأمام.

4- التدريب على الأنشطة الحياتية المختلفة:

مثل سهارات اللبس. والاهتمام بانظهير واعداد اكلعنا وتناولو، والنظافة
انعامه وتناول الذواء واستخدم الهاتف - له.

إن كثيراً من الأنشطة المسايقة تتعلمها عن طريق التقاليد البصري، ولكن الكفيف بحاجة إلى أن يدرب عليها بشكل مناسب، فعلى سبيل المثال: لو أنك أعملت زجاجتي دواء واحدة لتناول منها ملعقة ثلاث مرات في اليوم، بينما الثانية يجب أن تتناول منها ملعقتين مرتين في اليوم، فإنك دون معرفة اسم الدواء، هل بمجرد النظر إلى الزجاجاة تعرف أيها منهما التي يجب أن تتناول عنها مرتين، أما الكفيف فبحاجة إلى استخدام استراتيجيات خاصة وأدوات قياس خاصة لتناول الدواء بطريقة الموصوفة من قبل الطبيب.

5- الحاجة إلى وسائل تعليمية وتنقل خاصة لتناسب وطبيعة الإعاقة البصرية :

من الطبيعي القول إن الوسائل التعليمية المستخدمة في التعليم تعتمد إلى حد كبير على حاسة البصر، وفي غالب الأحيان تستخدم الوسائل التعليمية التعليمية صورا حسية للمفاهيم المجردة أو النظرية.

ولما كان المتكفوفون يعتمدون في خبراتهم الحسية على حاستي السمع واللمس بشكل أساسي، فإن الوسائل التعليمية المستخدمة في تعليمهم، يجب أن تركز على هاتين الحاستين وتقديم المدخلات والمعلومات من خلالهما، من جهة



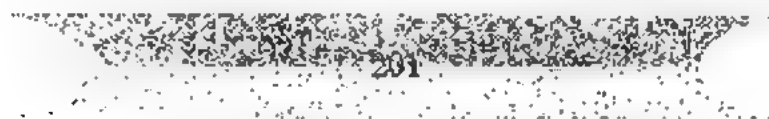
الفصل الرابع: الإعاقة البصرية

أخرى، يعتبر المكفوفون أكثر حاجة من أقرانهم إلى الوسائل التعليمية لتوفير الحزم البصري، ولتكوين صورة حسية عن كثير من المفاهيم والخواص سواء الملموسة في المنهاج أو في البيئة المحيطة، فعلى سبيل المثال قبل التدريب ينتصر الكفيف إلى صورة ذهنية متكاملة عن شكل العصفور، لونه وحجمه، وخصائصه الأخرى، وتقتصر الصورة الذهنية لديه على صوت تغريد العصفور ومعرفة أنه يطير في الجو، وأن حجمه صغير، لكن الخصائص السابقة ليست كافية أو محددة بحيث تسمح للكفيف بالتمييز بين الحمامة والعصفور، لذلك لدى الحديث عن الطيور يجب أن توفر نماذج مجسمة لها حتى تسمح للطلاب الكفيف بلمسها، وأحياناً نحتاج لأن نقرن بين النموذج وصوت الطائر.

ومثل هذه الوسائل التعليمية تستخدم أيضاً مع البصرين، لكنه يمكن الاستعاضة عنها بالصور، أما بالنسبة للكفيف فإن هذه النماذج قد لا تكون كافية أو فعالة في تقديم صورة شاملة ودقيقة تسمح مثلاً بمعرفة الفرق في ملمس ريش العصفور الذي يغطي الجناح أو الريش الناعم الذي يغطي أسفل البطن، ولهذا يجب استخدام نماذج حية من العصافير أو الطيور حيثما كان ذلك ممكناً.

وما فيما يتعلق بالوسائل التعليمية الأخرى كالخرائط والرسوم البيانية وغيرها فيمكن توفيرها بطريقة عالية ورق طباعة (بريل) أو على شكل لوحات بلاستيكية مجسمة، وحيث إن الطلبة المكفوفين يعتمدون على الذاكرة السمعية بشكل كبير في التعلم فإنه من المفيد جداً أن يزودوا بالآلات التسجيل لتسجيل انبعاثات المخالفة، كما أنه يمكن أن يتم تسجيل القصص والكتب الدراسية على شريط حتى يتمكن لهم استخدامها لاحقاً.

ونقد أسهم التقدم العلمي والتكنولوجي في تعزيز الحديث بالتحكم العديد من الوسائل التعليمية والأدوات والأجهزة التكنولوجية للمكفوفين، سواء في مجال التعليم أو تسهيل متطلبات الحياة، وفيما يلي إشارة إلى بعضها:





أولاً: الأدوات والأجهزة التي يستخدمها المكفوفون

أ- الوسائل المعينة على الحركة:

وهذه الوسائل المعينة على الحركة تعتبر هي التكنيكات المستخدمة في التدريب على مهارات فن الحركة وهي:

استخدام المرشد المبصر في الحركة والتنقل.

- استخدام الحكراب المذرية (كيساعد) - الحكراب المرشد.

- استخدام العصا البيضاء في الحركة والتنقل معتمداً على نفسه.

- استخدام الأجهزة الحديثة في الحركة والتنقل معتمداً على نفسه، ومن هذه الأجهزة جهاز مسدس الصوت الإلكتروني (Echo Sounding).

وتنقسم العصا المستخدمة في الحركة إلى نوعين:

1- العصا الطويلة.

2- العصا القصيرة.

عادة يفضل استخدام العصا الطويلة لأنها تقوم بتوصيل المعلومات بشكل أسرع ومركّز وضمن في اكتشاف العوائق التي تقابل المكفيف أثناء السير، وهي توفر الحماية لجسم المكفيف بشكل أفضل.

أما العصا القصيرة، فمع أنها غير مفضلة كثيراً لكن يستطيع المكفيف، أن يستخدمها في الداخل وذلك نخستها وسهولة حملها عند السير داخل المباني وعلى المناطق المزروعة في العشب.

العصا البيضاء وكيفية استخدامها: هي أداة يستعين بها المكفيف عند التنقل في الداخل والخارج معتمداً على نفسه، ولذا أمسكنا بالعصا نلاحظ أن لها وجهان نقبصها (قبضة العصا) وجه مسطح ووجه مستدير، والوجه المسطح يكون باتجاه الكف دائماً وبد العصا تكون للجهة الخارجية وطرف العصا إلى





الفصل الرابع: الإعاقات البصرية

أمام الجسم وبالتحديد أمام الكتف الآخر الذي لا يمسك فيه العصا، وتكون منحرفة قليلاً حوالي 2 إنش، والسبب في هذا الوضع لحماية جسم الكفيف من الاصطدام بالأشياء.

ب- الأشياء التعليمية:

1- العداد الحسابي (Craner Abacus)

ويستخدم هذا العداد من أجل إجراء انعمليات الحسابية للمفكرين، وقد تم حديثاً تصوير وسيلة إلكترونية حديثة لإجراء العمليات انحصائية تعتمد على إصدار الأصوات بالإضافة إلى إظهار النتائج بشكل بصري خاصة للأفراد الذين يعانون م إعاقات بصرية جزئية.

2- الأوبيتكون (Obtecon)

وهو عبارة عن جهاز إلكتروني يعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى كلمات وتحرف بارزاً يستطيع أن يقرأها الكفيف بوضع إصبع إحدى يديه في مكان مخصص من الجهاز، أما يده الأخرى فيستخدمها في تحرير كاميرا الجهاز على المادة المكتوبة.

ثانياً: الوسائل المعينة التي يستخدمها ضعيفو البصر

لإنجاح خطة البرامج المقدمة نضعيفي البصر لابد من استخدام الوسائل المساعدة التي تساعد على الاستفادة مما تبقى لديهم من الإبصار.

هذه المعينات يجب أن يقررها الطبيب لتسد الحاجات الفردية لكل طفل يعاني من ضعف أنبصر، إن مستوى التكبير بواسطة المعينات يملك أن يأتي على عدة أشكال وأحجام مختلفة، ومن أهم الوسائل والمعينات انبصرية ما يلي:





1- التلسكوبات (Telescop)

ويشتمل على عدة أنواع:

1- التلسكوب اليدوي: وهو عبارة عن تلسكوب يحتوي على عدسة مكبرة يستطيع الشخص أن يضعه في جيبه أو في الحقيبة أو يعلقه في رقبته عند الاستعمال.

2- التلسكوب الذي يركب فوق النظارة، وظيفته تكبير حجم الأشياء وتقريبها للمعوقين بصرياً، ويثبت على الحافة العلوية للنظارة، يتم الاستفادة منه في مجالات متعددة.

3- باي أوبتيك تلسكوب (Bi - Optic Telescope): يستخدم هذا النوع لرؤية أشياء ثابتة: وعند التجول: وهو عبارة عن عدسة طبيعية بلاستيكية وتثبت على العدسة من الجزء العلوي، ويثبت فيها تلسكوب صغير جداً وعند رؤية المسافة التي يقع فيها الشيء انفراد رؤيته يخفض الرأس إلى الأسفل ويرفع الشخص عينيه ليقع على مركز التلسكوب.

4- التلسكوب الذي يغطي إطار العدسة كلها (Full Field Telescope): وهذا النوع يعطي الشخص مجالاً أكبر في المجال البصري مقارنة مع (Bi - Optic Telescope) .. ولكنه يستخدم فقط في النشاطات البصرية التي تتطلب من الشخص (ما أن يكون واقفاً أو جالساً ومن الصعب جداً التعلم على استخدامه، وإذا أصبح الشخص باستخدام هذا النوع فيجب أن يكون حريصاً على تنفيذ التعليمات الخاصة في كيفية استخدامه والتي يستخدم ... ويوصف هذا النوع للأشخاص الذين يقومون بالأعمال المهنية والنشاطات الترويحية مثل لعب الشطرنج.

2- المكبرات:

إن استخدام المكبرات صمم على أساس مساعدة مستخدمي البصر حيث يمكن مساعدتهم في القراءة وأعمال النسيج. وهذه المكبرات تنقسم إلى نوعين هما:

أنواع المكبرات:

1- المكبر اليدوي:

وهو الأكثر شيوعاً واستخداماً من قبل ضعاف البصر، وقد صمم هذا النوع لاستخدامه في فترات معينة، مثال: لو أن شخصاً كفيفاً يريد رقم هاتف يستخدم هذا المكبر وأحياناً يستخدمه الأشخاص في حالة خلع النظارات الطبية. ويستخدم هذا النوع في التدريب الأولي على استخدام المعينات.

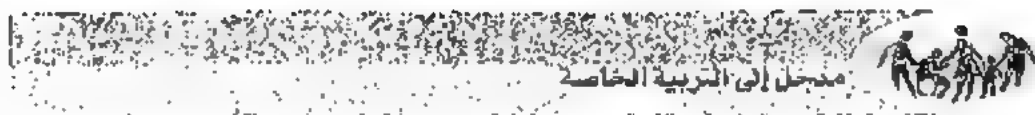
2- المكبرات التي تركز على جمالية:

هذا النوع يفضل كثيراً لدى الناس وذلك، لمسهولة استعماله في التدريب، وتوجد لهذا النوع عدسة أنوماتيكية وظيفتها التحكم في وضع العدس على المسافة الصحيحة من المواد المقروءة ... ويستخدم مع الأشخاص الذين لا يستطيعون التحكم في حمل المكبر اليدوي.

3- الميكروسكوب (Microscop)

يستخدم لرؤية الأشياء وقراءتها وتوضيحها، من مزايا استخدام الميكروسكوب أن المستخدمين لا يستخدمون إلا لحمل المواد المراد قراءتها.







مجلس أمناء جامعة القاهرة

مجلس أمناء الجامعة



مجلس أمناء الجامعة

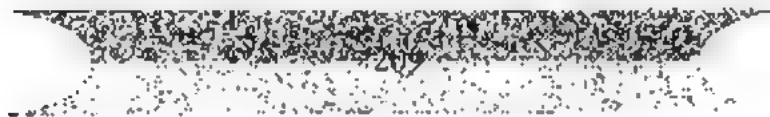
الفصل الخامس

صعوبات التعلم

يتميز ميدان صعوبات التعلم من أحدث ميادين التربية الخاصة وأسرعها تطوراً، وذلك بسبب الاهتمام المتزايد من قبل النوالدين والمهتمين بمشكلة الاطفال الذين يظهرون مشكلات تعليمية والتي لا يمكن تفسيرها بوجود الإعاقات العقلية والحسية والانفعالية، وكذلك أيضاً بسبب أن مصطلح صعوبات التعلم قد لاقى قبولاً أفضل مما لاقته المصطلحات والتسميات الأخرى من قبل النوالدين.

لا تبرز على الأشخاص الذين يظهرون صعوبات في التعلم أية أعراض جسمية غير مادية، كذلك فهم خادون من حيث القدرة العقلية ولا يعانون من أي إعاقات سمعية أو بصرية أو جسمية وصحية أو اضطرابات انفعالية أو ظروف أسرية غير عادية، ومع ذلك فإنهم غير قادرين على تعلم المهارات الأساسية والموضوعات المدرسية مثل الانتباه أو الاستماع أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الحساب، وحيث إنه لم تكن تقدم مثل هؤلاء الأطفال خدمات تربوية ومعالجة خاصة في بداية الأمر، كما كان الحال مع الإعاقات الأخرى، فإن والدي هؤلاء الأطفال طلبوا مساعدة متخصصين من مجالات أخرى لمساعدتهم في حل مشكلة أبنائهم، فكان من نتيجة ذلك ظهور مصطلحات أخرى لوصف هؤلاء الأطفال مثل 'العجز القرائي' (Dyslexia) و'قعدان اللغة' (Aphasia).

إن تحديد الفئة المقصودة بصعوبات التعلم لا زال يعاني الكثير من الغموض وعدم الوضوح، وحتى أوائل الستينات كان يتم تعليم الأصفان ذوي صعوبات التعلم جيباً إلى جنب في مؤسسات المعوقين ثقلياً أو المؤسسات الخاصة بالأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية.





وتكمن الصعوبة في التحديد الدقيق لذوي صعوبات التعلم في أنهم مجموعة ليست متجانسة في الأعمار أو طبيعة الصعوبات من جهة، ولا مشتركهم مع كل من المعوقين عقلياً بدرجة بسيطة والمضطربين سلوكياً في معظم الخصائص العامة من جهة أخرى، علاوة على ذلك فإن صعوبات التعلم التي قد يواجهها طفل ما، قد تكون نتيجة تداخل ما في عمليات التعلم لدى ذلك الطفل، أو نتيجة لعدم ملاءمة ظروف التعلم (عدم ملاءمة المهاج، تدني مستوى كفاءة المعلم، الحرمان الثقافي، المشكلات الأسرية .. الخ) أو تداًلاً السببين معاً.

وكملاً من الصعوبات الحسية والانخفاض في القدرات العقلية والاضطرابات السلوكية وغير ذلك من صعوبات قد يتعرض لها الطفل تؤثر سلباً على الفرص المتاحة له للتعلم، وتحد من قدراته على الاستفادة من مواقف التعلم المختلفة، إلا أن المقصود بصعوبات التعلم الخاصة هو ضعف القدرة على التعلم ليس بسبب أي من العوامل السابقة، فالأطفال الذين يشار إليهم بذوي صعوبات التعلم، خاصة يتمتعون بدرجة عالية أو متوسطة من الذكاء وبمستوى متوسط أو عالٍ من السلوك التكيفي، كما أنهم لا يعانون من صعوبات بصرية أو سمعية، إلا أنهم يواجهون صعوبات واضحة في تعلم المهارات الأكاديمية.

تعريف صعوبات التعلم:

تمت المحاولة الأولى لوضع تعريف محدد لصعوبات التعلم في عام 1963، حيث اقترح كيريك (Kirk) الذي يعد من أشهر المختصين في هذا المجال، صيغة التعريف وقدمها إلى اجتماع لمثلي عدد من الجمعيات المهتمة بشؤون الأطفال الذين يعانون من تلف دماغي أو صعوبات في الإدراك، وتمت الموافقة على التعريف بنصه الآتي:

يشير مفهوم صعوبات التعلم إلى تأخر أو اضطراب أو تخلف في وحدة أو أكثر من عمليات الكلام، اللغة، القراءة، التهجئة، الكتابة، أو العمليات



التعريف الخامس: صعوبات التعلم

الحساسية، نتيجة لحلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي.

وفي عام 1968 وضعت اللجنة الوطنية الاستشارية لشؤون المعوقين التابعة لمكتب التربية الأمريكي (National Advisory Committee On Handicapped Children) تعريفها مستندة بشكل أساسي إلى التعريف الذي اقترحه كيرك، وفي عام 1975 اعتمد تعريف اللجنة كأساس لتعريف ذوي صعوبات التعلم الذي تضمنه القانون الأمريكي لتعليم المعوقين رقم 94-192 وتعديلاته اللاحقة في سنة 1990 والذي ينص على أن:

'صعوبات التعلم الخاصة تشير إلى اضطراب في واحدة أو أكثر العمليات النفسية الأساسية، اللازمة، سواء لفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة، وتظهر على نحو قصور في الإصغاء، أو التفكير، أو النطق، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو العمليات الحسية، ويتضمن هذا المصطلح أيضاً حالات التلف الدماغية، والاضطرابات في الإدراك، والخلل الوظيفي في الدماغ وعسر القراءة أو حبة الكلام، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم يمكن أن تعزى للتخلف العقلي أو لتدني المستوى الثقافي والاجتماعي أو لاضطرابات البصرية أو السمعية أو الحركية أو الانفعالية.'

وفي عام 1984 أقرت الجمعية الأمريكية لصعوبات التعلم (The Association for Children and Adults With Learning Disabilities) تعريف أكثر شمولاً من حيث أنه لا يقصر صعوبات التعلم على الأطفال في سن المدرسة على تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية، بل يشمل الآثار المترتبة على الشخصية وفرص التفاعل الاجتماعي وأنشطة الحياة بشكل عام، كما أنه يتضمن إشارة واضحة لاختلاف درجة شدة الصعوبة، وينص التعريف على أن 'صعوبات التعلم الخاصة حالة مزمنة ذات منشأ عصبي تؤثر في نمو أو تكامل أو استخدام



المهارات اللفظية أو غير اللفظية، وتظهر صعوبات التعلم الخاصة كمجموعة واضحة لدى أفراد يتمتعون بدرجات عالية أو مترسطة من الذكاء، وأجهزة حسية وحركية طبيعية، وتتوفر لديهم فرص التعلم المناسبة، وتختلف آثار هذه الصعوبات على تقدير انفرادية وعلى نشاطاته التربوية والمهنية والاجتماعية ونشاطات الحياة الطبيعية باختلاف درجة شدة تلك الصعوبات.

أما الجانب الإجرائي من التعريف فيشير إلى أن صعوبات التعلم المحددة تشير إلى الأطفال الذين لا يحصلون في مستوى عمرهم أو قدرتهم لوحد أو أكثر عن الموضوعات الدراسية عندما يعملون بشكل مناسب، كذلك يكون لديهم فرق شديد بين قدرتهم العقلية وتحصيلهم في واحد أو أكثر من الموضوعات التالية: التعبير الشفوي، الفهم والاستماع والكتابة، المهارات الأساسية في القراءة، الحساب.

إن صعوبات التعلم تحتوي على مجموعة من الاضطرابات وليس اضطراباً واحداً، لذلك لا يوجد فرد واحد ممن يعانون من صعوبات التعلم يظهر جميع هذه الاضطرابات، بعضهم مثلاً قد يظهر مشكلة في الحساب لا تظهر عند الآخرين، بعضهم لديه نشاط زائد لا يظهر عند الآخرين أيضاً وهكذا، من هنا يمكن القول بأن الطلبة ممن يظهرون صعوبات في التعلم هم مجموعة غير متجانسة فيما يتعلق بالمشكلات التي تظهر لديهم، فليس هناك مظهر واحد من مظاهر صعوبات التعلم، وإنما هناك مجموعة من المظاهر أو الخصائص التي قد يظهر بعضها عند بعض الأطفال ولا يظهر البعض الآخر إلا عند أطفال آخرين، ومع ذلك يمكن الحديث عن مجموعة من الخصائص والصفات العامة التي يتصف بها الأطفال ممن لديهم صعوبات تعلم.

وبمراجعة التعريفات السابقة والتي تعبر الأكثر شيوعاً في هذا المجال يتضح أن هذه التعريفات تتضمن الأمور التالية كمواضع مشتركة فيما بينها:





الفصل الخامس: صعوبات التعلم

- 1- يبرز أثر صعوبات التعلم الخاصة أوضح ما يكون في أداء الفرد في واحدة أو أكثر من المهارات الأكاديمية الأساسية (القراءة، والكتابة، والحساب).
- 2- صعوبات التعلم الخاصة ليست نتيجة للتخلف العقلي أو الإعاقة الحسية أو الاضطرابات السلوكية.
- 3- ترتبط صعوبات التعلم الخاصة في معظم الأحيان بخلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.
- 4- الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم خاصة ليسوا مجموعة متجانسة سواء من حيث طبيعة الصعوبة أو مظاهرها؛ فعلى سبيل المثال قد تكون الصعوبة في القراءة لدى طفلين ناتجة عن مشكلة في الإدراك السمعي لأحدهما، بينما هي ناتجة عن مشكلة في الإدراك البصري لدى الآخر.
- 5- إن الأطفال الذين يعانون من صعوبات خاصة في التعلم بحاجة إلى برامج تربوية تتضمن تعديلات ملائمة في بعض جوانب ومضامين العملية التعليمية، سواء من حيث الطرق والأساليب أو الوسائل.

شيوع صعوبات التعلم:

تختلف نتائج الدراسات وتقديرات الخبراء لنسبة شيوع حالات صعوبات التعلم بين التلاميذ، وتعد الإشارة إلى العوامل التي تسبب مثل هذا الاختلاف لدى مناقشة هذه القضية بالنسبة لخبرات أخرى من الإعاقة؛ وجميعها تصدق في مجال صعوبات التعلم، إلا أن أكثر العوامل تأثيراً هو درجة القصور التي لا زالت تحتلف مفهوم صعوبات التعلم من جهة وبعض التأثيرات الاجتماعية من جهة أخرى، فعلى سبيل المثال يفصل أولياء الأمور أن يصنف أبنائهم على أنهم من ذوي صعوبات التعلم على أن يستفروا معوقين عقلياً، لذلك فإن بعض أولياء أمور





الأطفال المعوقين عقلياً في الغرب يمارسون ضغوطاً على فريق التقييم لتجنب تصنيف ابنائهم على أنهم معاقون عقلياً، وفي بعض الحالات تنجح جهود الوالدين في هذا الخصوص، بحكم التشابه العام في الخصائص العامة لكلا الفئتين.

وفي الوطن العربي حيث إن الخدمات المتخصصة لذوي صعوبات التعلم محدودة، وحيث إن النظم التربوية لم تول موضوع المعوقين اهتماماً كافياً؛ فإن المعلومات المتاحة عن نسبة شيوع حالات صعوبات التعلم في مجتمعات محدودة جداً، وعلى الرغم من اختلاف الظروف الثقافية والحيثية والاجتماعية بين مجتمعاتنا ومجتمعات الغربية، لا بد من الاقتراب مما هو متوافر في الغرب في هذا المجال.

تتراوح نتائج الدراسات والتقديرات لنسبة شيوع الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين 1٪ و 30٪ إن التباين الكبير في التقديرات متوقع كما أشرنا، إلا أن مدى انحراف في تلك التقديرات كبير جداً، مما يجعل من الصعب على الباحث والمخطط أن يصل إلى قرار في هذا الخصوص، مرة أخرى يتوقع أن السرعة الكبيرة التي شهدناها تطور ميدان صعوبات التعلم والخدمات المقدمة للطلبة الذين يعانون من تلك الصعوبات، أسهم في زيادة ضبابية الموقف وعدم وضوحه.

وأظهرت نتائج دراسة مسحية عن صعوبات التعلم لدى تلاميذ الصف السادس الابتدائي بدولة الإمارات العربية المتحدة قام بها الجيلي ورفاقه (1990) واشتملت على عينة بلغت (1008) تلميذاً، أن ما نسبته 13.79٪ من التلاميذ يعانون من صعوبات تعلم، باعتبار انبعاث بين الأداء الأكاديمي ومستوى القدرة العقلية محكاً للتصنيف، وعلى الرغم من بعض نقاط الضعف التي تتسم بها الدراسة السابقة، يمكن القول أنها تتقدم مؤشراً على نسبة شيوع صعوبات التعلم في المجتمع المدرسي بدولة الإمارات العربية المتحدة، ويمتد المؤيد أن ارتفاع النسبة





التي وصفت لها الدراسة مرده اعتمادها محكاً واحداً فقط هو محك التباعد أي التباين بين مستوى القدرة العقلية والتحصيل الأكاديمي.

على ضوء ما تقدم فإنه يمكن القول أن من المتوقع أن تتراوح نسبة ذوي صعوبات التعلم في مجتمعاتنا ما بين 3% و 6% ويجدر بالقارئ أن يتناول هذا التفسير بحذر لأنه لا يستند إلى نتائج دراسات ميدانية محدثة بل إلى ملاحظات عامة واستنتاجات شخصية.

أسباب صعوبات التعلم:

تتفق معظم المراجع العلمية في مجال صعوبات التعلم على أن التحديد الدقيق لأسباب صعوبة التعلم لدى كل حالة على حدة ليس بالهدف الممكن تحقيقه في غالب الأحيان، إلا أن مدرفتنا نزدت بزماً بعد يوم في هذا المجال بحكم التقدم السريع في ميادين الطب والتربية وعلم النفس وغيرها من العلوم، وعليه، فإن الحديث عن أسباب صعوبات التعلم هو إشارة إلى مجموعة الأسباب التي اشتقت أو لوحظت لدى أفراد هذه الفئة كمجموعة: وتجدر الإشارة إلى أن بعض هذه الأسباب بحاجة إلى المزيد من البحث والاستقصاء، ويمكن أن تصنف هذه الأسباب في فئات رئيسية ثلاث:

1- الأسباب العضوية والبيولوجية.

2- الأسباب الوراثية.

3- الأسباب البيئية.

وفيما يلي عرض موجز للأسباب التي تتضمنها كل فئة:

الأسباب العضوية والبيولوجية:

يعتقد البعض أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يمانون من تلف دماغي بسيط يؤثر على بعض جوانب النمو العقلي وليس جميعها، والتلف الدماغي الشديد



يؤدي إلى حالة من الإعاقة العقلية ، ولذلك فإن العاملين في الحقل التربوي في العادة يشيرون إلى ذوي صعوبات التعلم على أنهم يعانون من تلف دماغي بسيط ، وبالطبع فإن تخطيط الدماغ من الوسائل التي تستخدم للكشف عن التلف الدماغي ، وفي التخطيط الدماغي (EEG) (Electroencephalograph) يتم رسم النشاط الكهربائي للدماغ على شكل موجات ، ويدل عدم الانتظام في تلك الموجات على وجود تلف في خلايا الدماغ

وسما تجدر الإشارة إليه أن التخطيط الدماغي لبعض حالات صعوبات التعلم لا يظهر مثل ذلك الاضطراب في الموجات الدماغية مما يعني عدم وجود التلف الدماغي ، وتشير بعض الدراسات إلى أن عدم انتظام الموجات الدماغية لدى 12% من عينة اشتملت على 200 مفعوصاً من ذوي صعوبات التعلم بينما كانت النسبة لدى عينة من 200 طفل من العاديين 29%.

إن ضعف سمد العلاقة السببية بين التلف الدماغي وصعوبات التعلم قاد بعض المختصين في المجال الطبي إلى تفضيل استخدام مصطلح خلل وظيفي بسيط في الدماغ (Minimal Brain Dysfunction) بدلاً من مصطلح التلف الدماغي البسيط . ويشار في هذا المجال إلى ثلاثة مؤشرات سلوكية وعصبية هي : الضعف في التآزر البصري الحركي ، والإفراط في النشاط ، وعدم انتظام النشاط الكهربائي في الدماغ.

بالإضافة إلى بعض الافتراضات حول التلف الدماغي كمسبب لصعوبات التعلم ، هناك بعض الافتراضات البيولوجية الأخرى عن مظاهر مصاحبة لصعوبات التعلم ومنها الخلل الهرموني عبر الطبيعية لدى الأطفال قبل سن المدرسة كالتشوهات في شكل الجمجمة أو انخفاض موقع الأذنين في الجمجمة ، أو كهربية الشعر (Electric Hair) ، (إن المظاهر السابقة والتي أشارت لها بعض الدراسات يعوزها المزيد من البحث العلمي للتحقق من صحتها.



الأسباب الوراثية :

تؤكد العديد من الدراسات أن بعض حالات صعوبات التعلم يمكن أن تعزى إلى أسباب وراثية، ويقول كالفانت أنه برغم أن أهم الصعوبات التي تواجه الباحثين في هذا المجال هي صعوبة التفريق بين أثر العوامل الوراثية وأثر العوامل البيئية، فإن نتائج الدراسات في هذا المجال تشير إلى أن الأسباب الوراثية من العوامل المسببة لبعض حالات صعوبات التعلم.

الأسباب البيئية :

تم الإشارة أحياناً إلى بعض العوامل البيئية كمسببات لصعوبات التعلم، ومن الملاحظ أن حالات صعوبات التعلم أكثر شيوعاً في أوساط الأطفال الذين ينتمون للطبقات الاجتماعية الأقل حظاً (الفقراء) (Disadvantaged Children)، ويعتقد بأن سوء التغذية ومحدودية الفرص للنمو والتعلم المبكر من الأسباب ذات الصلة، ويتفق كل من (لوفيت وإنجلمان) على أن الفقر الواضح في فرص التعلم وسوء التعليم في برامج ما قبل المدرسة أو المسخوف الأولى في المرحلة الابتدائية المبكرة، هي من أهم أسباب صعوبات التعلم.

وتتضمن الأسباب البيئية قائمة طويلة من العوامل المختلفة التي تورد في المراجع العلمية في هذا الخصوص، ومن أهم تلك العوامل: سوء التغذية، والمواد المضادة للمنتجات الغذائية كمواد النكهة الصناعية والمواد الملونة والحافظة، وتدخلين الأم الحامل أو تعاملها بالكحول أو المخدرات، حتى أن البعض يضيف أثر إشعاعات شاشة التلفزيون ومصابيح الفلورسنت، ولا تزال هذه العوامل كغيرها من الأسباب المحتملة لصعوبات التعلم موضع أبحاث علمي في هذا المجال في السنوات الأخيرة، ويلزم مزيد من الوقت قبل استخلاص نتائج مؤكدة بخصوصها.



تشخيص صعوبات التعلم:

يعتمد أسلوب الفحص والتعرف على اتجاه الباحث ونوع التعريف الذي يتبناه، ولكن هناك اتفاق بين الباحثين على التخطيط العامة والإجراءات الرئيسية في عملية الفحص، إن عملية الفحص والتعرف يجب أن تخدم وبشكل أساسي غرض الدخول التربوي والعلاجي، ذلك أن عملية الفحص وعملية التدريس عمليتان تعتمدان وتكملان بعضهما البعض، لذلك فإن هدف الفحص يجب أن يسعى إلى توفير معلومات مفيدة لتخطيط وتنفيذ البرامج التعليمية للطفل الذي يعاني من صعوبة محددة في التعلم.

أما أهداف الفحص فتتمثل بالنقاط التالية:

- 1- الكشف عن الأطفال الذين يمكن أن يكونوا بحاجة إلى خدمات تربوية في مجال صعوبات التعلم.
 - 2- الإحالة، وتتضمن المساعدة في اتخاذ قرارات عن أفضل بيئة تعليمية مناسبة للأطفال.
 - 3- تخطيط البرامج التربوية للأفراد أو المجموعات.
 - 4- تقييم البرامج والتعرف على مدى فعالية البرنامج المطبق.
 - 5- مراجعة تقدم الطفل في البرنامج.
- وهناك إجراءات وطرائق متعددة لتنفيذ عملية الفحص والتشخيص، وبالتالي تقديم الخدمات التربوية الملائمة، وتتضمن هذه الإجراءات مراحل متعددة، وتطبيقات اختبارات متنوعة، وجمع معلومات من مصادر عديدة.



الفصل الخامس: صعوبات التعلم

وهيما يلي بعض الاختبارات والإجراءات التي يمكن اعتمادها:

1- الاختبارات المعيارية المرجع (Norm Referenced)

وهي الاختبارات التي يمكن أن نقارن أداء الفرد فيها بأداء أقرانه من الأفراد من نفس العمر أو نفس الصف، والتي من خلالها نستطيع الحكم على مستوى أداء الطفل هل هو أقل أو أكثر أو مثل أقرانه، نستخدم هذه الأنواع من الاختبارات في مجال صعوبات التعلم لقياس التحصيل الأكاديمي، والدرجات على هذه الاختبارات غالباً ما تحدد مستوى الصف الذي عليه الطفل في أحد مجالات التحصيل الأكاديمي، وعلى الأغلب فإن الكثير من الاختبارات تنصب على المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب.

2- اختبارات العمليات النفسية (Psychological Processes)

وهذه الاختبارات بنيت أساساً على افتراض أن صعوبات التعلم مسببة عن صعوبات في القدرة أو العمليات اللازمة لعملية التعلم كالإدراك البصري والإدراك السمعي وتذكر حركات العين واليد وغيرها، وبذا ما تم التعرف إلى هذه الصعوبات، فإن البرامج العلاجية يجب أن توجه لتحسين تلك القدرات وبالتالي تحسين عملية التعلم. ومن أكثر الاختبارات شهرة في هذا المجال اختبار (الينويس) لقدرات النفس لغوية (Illinois Test of Psycholinguistic Abilities).

3- اختبارات القراءة غير الرسمية (Informal Reading)

وهي الاختبارات التي يصممها المعلم ويعلقها وبشكل محدد في مجال القراءة، إذ تتضمن فقرات مكتوبة متدرجة في الصعوبة يطلب من الطفل أن يقرأها بصوت مسموع، وعن طريق سماع ما يقرأه الطفل وتسجيل الأخطاء التي تقع فيها مثل حذف أو إضافة حرف أو إبدال آخر أو صعوبة في تفهم يمكن





للمعلم أن يحدد مستوى الطالب القرائي وبالتالي اختيار المواد والكتب التي تلائمها حسب هذا المستوى.

4. الاختبارات محكية المرجع (Criterion Referenced)

وهي الاختبارات التي يتم فيها مقارنة أداء الطفل مع معيار أو محك معين وليس مع أداء غيره من الأطفال، إن الفائدة المرجوة من هذه الاختبارات هي التعرف على المهارات المحددة التي تعلمها الطفل والمهارات الأخرى التي تتطلب التعليم، يمكن أن تستخدم مثل هذه الاختبارات قبل عملية التعليم لتحديد مستوى أداء الطفل من أجل إقرار بعض جوانب البرنامج الذي يجب أن يتعلمه، ثم إنها تستخدم بعد عملية التعلم وذلك لتقييم فعالية البرنامج.

5- القياس اليومي المباشر (Direct Daily Measurement)

وتتضمن هذه العملية ملاحظة وتسجيل أداء الطفل في المهارات المحددة التي تم تعلمها، وذلك بشكل يومي، مثل نسبة النجاح التي حققها الطفل، ومعدل الخطأ أو نسبه والفائدة التي يمكن الحصول عليها من هذه الطريقة هي تزويد المعلم بمعلومات عن أداء الطفل في المهارات التي يتعلمها، والمرونة في تغيير البرنامج من قبل المعلم بناءً على المعلومات المتوفرة بشكل مستمر، وهذه الطريقة هي أساس الأسلوب السنوي في التعامل مع مشكلات التعلم.

وتتفق معظم المصادر على تبني واستخدام المحركات الأربع التالية ككمائير لتشخيص صعوبات التعلم الخاصة:

1- التباين بين مستوى القدرة ومستوى التحصيل الأكاديمي:

وهذا يعني أن مستوى التحصيل للطالب ينخفض بشكل واضح عن المستوى المتوقع منه في ضوء قدراته؛ ويجب أن يظهر التباين بين مستوى القدرة أو القابلية والتحصيل في جانب أو أكثر من الجوانب التالية:





1- التفسير اللفظي.

2- الإصغاء والاستيعاب اللفظي.

3- الكتابة.

4- القراءة.

5- استيعاب المادة المقررة.

6- العدد.

7- الاستدلال الحسابي.

وهناك طرق مختلفة للتعرف على التباين، فمنها ما يقوم على حساب الفرق بين انصف الدراسي الحالي للتميز وانصف الدراسي المكافئ لمستوى تحصيله الأكاديمي الفعلي.

ويميل معظم المختصين إلى القول بأن درجة التباين يجب أن لا تقل عن انخفاض براري صفين دراسيين، وعلى الرغم من أن دلالة الانخفاض في المستوى التحصيلي بمقدار صفين دراسيين تختلف باختلاف المرحلة الدراسية وعموم الطالب، إلا أن التقيد بهذا المعيار يوفر فرصة أفضل للطالب في المرحلة الابتدائية قبل الحكم بأنه يعاني من صعوبات تعلم خاصة.

إن الكشف عن هذا التباين بين الأداء الفعلي ومستوى الأداء المتوقع يتطلب تطبيق معايير ذكاء واختبارات مقننة، وفي ضوء النقص الشديد في توافر اختبارات ومقايير الذكاء والاختبارات التحصيلية الملائمة في معظم المجتمعات العربية، فإن على المعلم أن يسعى لاستخدام الاختبارات التحصيلية العادية وأن يقوم بإعداد اختبارات تعطي مؤشرات تشخيصية في مجال مهارات القراءة والكتابة والحساب، ففي بعض الأحيان يظهر التباين على نحو عدم اتساق في مستوى أداء التلميذ في المهارات الأكاديمية الأساسية، فتمد يكون أدائه عادياً في الحساب بينما يعاني من عجز واضح في القراءة أو الكتابة، أو أن مهارته في



انقراة عادية بينما مهارته في الكتابة متدنية جداً، وهكذا. وفي كثير من الأحيان يتبين أن لدى دراسة التمرور الزمني لطلبه الذين يعانون من صعوبات في التعلم أن معدل نموهم في الجوانب المختلفة متفاوت، كأن يكون النمو الحركي طبيعياً ولكن النمو اللغوي متأخر.

2- اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية:

يشير مصطلح العمليات النفسية إلى العمليات اللازمة لتفسير وإدراك التغيرات المختلفة بعد وصولها إلى الدماغ عن طريق الحواس، وتشتمل هذه العمليات بشكل أساسي على الاستقبال والتفسير والتفليم، وقد يشمل الاضطراب في ضعف التأثر البصري الحركي، أو العجز عن إدراك الشكل من الخافية، أو ذهاب الشكل باختلاف الحجم، أو العجز عن إدراك العلاقات الكافية، أو العجز في إدراك المثير، أو في الذاكرة البصرية أو السمعية.

ومن الطبيعي أن الاضطراب أو العجز في واحدة أو أكثر من عمليات الانتباه، والذاكرة، والصعوبات الإدراكية - الحركية، خاصة في مرحلة الطفولة، يؤثر بشكل حاسم على القدرة على العمليات العقلية كالتفكير والتذكر والمقارنة والحكم والاستدلال والفهم، كما يؤثر على تعلم مهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب والتعبير.

3- استبعاد الأسباب الأخرى لصعوبات التعلم:

ويعني هذا التأكيد من أن صعوبات التعلم غير ناتجة عن إعاقة عقلية أو اضطراب سلوكي أو صعوبات حسية أو أية أسباب أخرى متصلة بعدم ملائمة ظروف التعلم أو الرعاية الأسرية.



4- الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة،

أي أن يثبت لنا أن الخدمات التربوية العادية غير ملائمة أو قليلة الفاعلية في تعليم هؤلاء التلاميذ مما يستدعي توفير خدمات خاصة (أساليب، مناهج، برامج، معلمين ذوي تدريب خاص ... الخ) لهم.

تشكل المحركات السائدة إضاراً مرجعياً لتشخيص ذوي صعوبات التعلم الخاصة، وتبين لنا المنهجية التي يجب أن تتبعها في عملية التشخيص تلك: وتؤكد تلك المحركات بشكل مباشر ضرورة اعتماد أسلوب التشخيص الفردي، إذ أن كل حالة يمكن النظر إليها على أنها حالة متميزة عن غيرها، ففي البداية لابد لنا من التأكد من أن هنالك تبايناً واضحاً بين مستوى قدرات التلميذ العقلية ومستوى تحصيله في المهارات الأكاديمية الأساسية، وأنه لا يعاني من إعاقة عقلية. وأن هذا التباين يرتبط باضطراب أو عجز في عمليات التعلم النفسية أو خلل وظيفي في الدماغ، وليس نتيجة لأي إعاقات أخرى كالضعف السمعي أو الضعف البصري أو الاضطراب السلوكي أو عدم ملائمة مناهج التعليم وأساليبه وظروفه الأخرى.

وبطبيعة الحال يستطيع القارئ المخلص تقدير صعوبة عملية تشخيص ذوي صعوبات التعلم في مجتمعاتنا العربية نظراً لعدم توافر أدوات القياس الملائمة، إنما يكاد نفتقد في اختبارات التعميد الممننة أو مقاييس العمليات النفسية، وباستثناء عدد محدود من الأقطار العربية، فإن مقاييس الذكاء هي الأخرى غير متوافرة، ولقد تمت الإشارة إلى هذه القضية في أكثر من مكان من هذا الكتاب، ولكن هذا لا ينفي أهمية المحاولات التي يقوم بها بعض المختصين لتوفير بعض أدوات المسح المختلفة التي برزت في الآونة الأخيرة.





الخصائص العامة لذوي صعوبات التعلم:

إن التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في التعلم ليسوا مجموعة متجانسة، وبالتالي فإن من الصعب الحديث عن مجموعة من الخصائص يتصف بها كل طالب يعاني من صعوبات التعلم، وعلى الرغم من محاولات تصنيف صعوبات التعلم إلى مجموعات فرعية سواء حسب درجة الشدة (شد يده، وبسيطة، ومتوسطة) أو طيفية الصعوبة (صعوبات القراءة، وصعوبات الكتابة، وصعوبات الحساب، والصعوبات الخاصة بالانتباه، والصعوبات الخاصة بالذاكرة، والصعوبات الخاصة بالتفكير، والصعوبات الخاصة بالإدراك... الخ) فإنه يلاحظ درجة عالية من التنوع والاختلاف ضمن المجموعة الواحدة، لذلك يجدر النظر إلى الخصائص التي سيتم الإشارة إليها على أنها أكثر الخصائص شيوعاً لدى ذوي صعوبات التعلم كمجموعة غير متجانسة، وهذا يعني أن بعض تلك الخصائص يمكن ملاحظتها لدى الطالب الذي يعاني من صعوبة التعلم، بينما قد لا ينطبق البعض الآخر على نفس الطالب، وتتفق معظم المصادر على الخصائص التالية باعتبارها الأكثر شيوعاً لذوي صعوبات التعلم:

1- الخصائص الحرفية:

وتتمثل في انخفاض الأداء بشكل واضح في واحدة أو أكثر من المهارات الأكاديمية الأساسية المتمثلة بالقراءة والكتابة والحساب، ومن مظاهر الصعوبات الخاصة في القراءة ما يلي:

- حذف بعض الكلمات في الجملة المقروءة أو حذف جزء من الكلمة.
- إضافة بعض الكلمات إلى الجملة المقروءة أو إضافة المقاطع أو الأحرف إلى الكلمة المقروءة.
- إبدال بعض الكلمات في الجملة بكلمات أخرى قد تحمل نفس المعنى.





الفصل الخامس: صعوبات التعلم

- إعادة قراءة بعض الكلمات أكثر من مرة عند قراءة الجملة.
- قلب وتبديل الأحرف وقراءة الكلمة بطريقة عكسية.
- صعوبة في التمييز بين الأحرف المتشابهة كتابة والمختلفة لفظاً عند القراءة، وكذلك صعوبة في التمييز بين الأحرف المتشابهة لفظاً والمختلفة كتابة عند القراءة.
- صعوبة في تتبع مكان الوصول في القراءة وبالتالي صعوبة في الانتقال إلى السطر الذي يليه أثناء القراءة.
- السرعة الكبيرة أو البطء المبالغ فيه في القراءة.
- أما مظاهر الصعوبات الخاصة بالكتابة فتتمثل فيما يلي:
- كتابة الجملة أو الكلمات أو الأحرف بطريقة معكوسة من اليسار إلى اليمين كما تبدو في المرآة.
- كتابة الكلمات أو الأحرف بشكل معكوس.
- كتابة أحرف الكلمات ترتيب غير صحيح حتى عند نسخها.
- الخلط في الكتابة بين الأحرف المتشابهة.
- عدم الالتزام بالكتابة على الخط بشكل مستقيم وتشتت الحظ وعدم تجانسه في الحجم والشكل.
- أما مظاهر الصعوبات الخاصة بالحساب فتتركز حول الارتباك في تمييز الاتجاهات وتشمل:
- الخلط وعدم معرفة العلاقة بين الرقم والرمز الذي يدل عليه أثناء الكتابة عند سماع صوت الرقم.
- صعوبة في التمييز بين الأرقام ذات الاتجاهات المتعاكسة اليمين واليسار، الأعلى والأسفل عند الكتابة.





- عكس الأرقام الموجودة في الخانات المختلفة كالخلط بين الأرقام في خانات الأحاد والعشرات والمئات وهكذا.
- صعوبة في استيعاب المفاهيم الخاصة الأساسية في الحساب كالججمع والطرح والضرب والقسمة.
- القيام بإجراء أكثر من عملية كالججمع والطرح في مسألة واحدة مع أن المطلوب هو الجمع فقط مثلاً.
- الحاجة إلى وقت كبير لتنظيم الأفكار.
- ضعف القدرة على التجريد.

2- الخصائص اللغوية :

يمكن أن تظهر لمن لديهم صعوبات تعلم مشكلات في كل من اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية، ويقصد باللغة الاستقبالية القدرة على استقبال وفهم اللغة، أما اللغة التعبيرية فهي القدرة على أن يعبر الفرد عن نفسه نفسياً، فمن الممكن أن يعاني الطفل من مشكلات في اللغة الاستقبالية أو مشكلات في اللغة التعبيرية أو مشكلات في كلا النوعين من اللغة، فقد يعاني الطفل ممن لديهم صعوبات في التعلم من مشكلة في الاستقبال السمعي على شكل أسئلة أو مشكلة في تتابع الذاكرة السمعية، فقد يظهر بأن الشخص لا يفهم ما يطلب منه أو أنه ينسى الأوامر أو التعليمات التي تصدر إليه، كذلك فقد يقع الطفل في أخطاء تركيبية ونحوية أو حذف بعض الكلمات من الجملة التي يقولها، وقد لا يكون تسلسل الجملة دقيقاً.

كذلك يمكن أن يكون كلام الشخص الذي يعاني من صعوبة تعلم مطوياً ويدور حول فكرة واحدة، أو قاصراً على وصف خبرات حسية، بالإضافة إلى عدم وضوح بعض الكلام نتيجة حذف أو إضافة أو تكرار بعض أصوات





الحروف، هذا بالإضافة إلى مشكلة فقدان القدرة التختسية على الكلام (Acquired Aphasia) وذلك بسبب إصابة الدماغ.

3- الخصائص الحركية:

يظهر الأطفال ممن لديهم صعوبات في التعلم مشكلات في الجانب الحركي في كل من الحركات الكبيرة والحركات الدقيقة وفي مهارات الإدراك الحركي، حتى إن مثل هذه المشكلات كانت الأساس في تشخيص الأطفال المصابين بتلف طفيف في الدماغ.

من أهم المشكلات الحركية الكبيرة التي يمكن أن تلاحظ لدى هؤلاء الأطفال هي مشكلات اتزان العام، وتظهر على شكل مشكلات في المشي والحجل والرمي والإمساك أو القفز أو مشي التوازن، أما مشكلات الحركات الدقيقة فتظهر على شكل ضعف في الرسم والكتابة واستخدام المقص.

وبشكل عام، نلاحظ أن مثل هذا الطفل أخطر يرتطم بالأشياء بسهولة ويمتدح أشياء مئيه ولا يكون متوازناً، وتكون لديه صعوبة في انسي أو ممارسة الألعاب التي تتطلب استخدام العضلات أو في استخدام أدوات الطعام كالمعلقة والشوكة والمسكين، أو في استخدام يديه في الكتابة والتلوين والقص بالإضافة إلى خلط واضح بين الجهات بكايمين واليسار.

4- الخصائص الاجتماعية والسلوكية:

يظهر الأطفال من ذوي صعوبات التعلم مشكلات اجتماعية وسلوكية تميزهم عن غيرهم، ومن أهم هذه المشكلات:

- النشاط الحركي الزائد.
- التغيرات الانفعالية السريعة.
- القهرية أو عدم انضبط.





- تكرار غير مناسب لسلوك ما.
- الانسحاب الاجتماعي.
- سلوك غير اجتماعي.
- محاولة خيبر ثابتة.

إضافة إلى الخصائص السابقة الميزة نفثة ذوي صعوبات التعلم، فإنهم أيضاً يعانون من بعض الصعوبات والمشكلات التي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

1- الإفراط في النشاط (Hyperactivity)

يتمثل هذا الإفراط في الحركة الزائدة وغير المسجمة مع متطلبات الموقف أو المهمة التي يقوم الطفل بأدائها، وتسبب الحركة الزائدة تلك إزعاجاً للمعلم والمعلم، وتعارض مع مقتضيات أسلوبك المنضبط، فعلى سبيل المثال قد لا يستطيع الطفل أن يجلس في مقعده لمترة تطول عن دقائق معدودة، أو أن يكثر من التجوال والتنقل في الغرفة، واللعب بمختلف موجوداتها، أو أن يظهر الضل وكأنه دائم الاستتارة بدرجة عالية.

2- اضطرابات الإدراك الحركي (Perceptual -- Motor Impairments):

وتشتمل على اضطرابات في الإدراك البصري (صعوبة في تنظيم وتفسير الإحساسات البصرية) أو الإدراك السمعي (صعوبات في التمييز أو الإغلاق السمعي) أو التآزر (صعوبات في التنسيق بين الحركات السمعية أو البصرية والحركة خاصة فيما يتعلق بحركة العضلات الصغيرة).



3- الاضطرابات الانفعالية (Emotional Disturbances):

وتشير إلى قلب المزاج وعدم الاستقرار العاطفي وزيادة القلق والاضطرابات السلوكية المخلفة، ولقد أشارت نتائج دراسة للرابطة الأمريكية لصعوبات التعلم إلى وجود علاقة ارتباطية عالية بين صعوبات التعلم وبتجرب الأحداث.

4- اضطرابات في الانتباه (Disorders of Attention)

وتتمثل في ضعف القدرة على التركيز والقدرة العالية للتشتت وضعف المتابعة عن أداء النشاط وصعوبة نقل الانتباه من مؤشر إلى آخر أو من مهمة إلى أخرى، وبطبيعة الحال فإن العلاقة بين النشاط الزائد واضطرابات الانتباه علاقة قوية.

5- الاندفاعية (Impulsivity):

وتشير إلى التسرع في السلوك دون التفكير بنتائجه، ونعكس هذه الصفة ضعف التخطيط لمواجهة المواقف أو المشكلات، سواء التعنيمية أو غيرها، كما أنها ترتبط بدرجة عالية بخاصة الإفراط في النشاط، وعليه فإن السلوك الاندفاعي يحرم الطفل من التفكير المنطقي في حل المشكلات.

6- اضطرابات في الذاكرة والتفكير (Disorders of Memory and Thinking):

وتتمثل في الضعف في كل من الذاكرة السمعية والبصرية وصعوبة في استدعاء الخبرات المتعلمة وصعوبات تعلم المفاهيم المجردة، ويمكن أن تعود تلك الاضطرابات للصعوبات في الانتباه والإصغاء والاستيعاب المنطقي والمشكلات الإدراكية.

7- صعوبات في الإدراك (Perceptual Disorders):

وترتبط هذه الصعوبات بالمشكلات في مجال الإدراك السمعي والبصري وفيهم استيعاب المعلومات التي يحصلون عليها من خلال حواسهم المختلفة



8- دلالات عصبية وظيفية (Equivocal Neurological Signs):

وتمثل في بعض المؤشرات على الاضطرابات الوظيفية في الجهاز العصبي، وفي بعض الأحيان يمكن أن تظهر على نحو عدم النظام في تخطيط الدماغ (EEG) عندما يكون هنالك تلف دماغي، وفي أحيان أخرى تظهر مؤشرات على اضطرابات عصبية غير مرتبطة بتلف دماغي وتسمى في العادة باضطرابات وظيفية، كالاضطرابات في التأخر أو في عمليات الإدراك أو التوازن الحركي.

الاتجاهات والأساليب المختلفة في علاج صعوبات التعلم:

إن الجدل القائم بين المختصين سواء فيما يتعلق بتحديد طبيعة صعوبات التعلم وأسبابها قاد بالضرورة إلى تعدد الاتجاهات في علاج صعوبات التعلم، كما أن هذا التعدد ظاهرة متوقعة باعتبار أن ظاهرة صعوبات التعلم استقطبت اهتمام مهنيين من تخصصات مختلفة كأطباء الأعصاب والمختصين النفسيين والمربين والاختصاصيين الاجتماعيين.

هذا، ويمكن تصنيف الأساليب المستخدمة في علاج صعوبات التعلم إلى اتجاهين رئيسيين هما:

أولاً: الاتجاه الطبي

كما هو واضح من التسمية فإن المختصين لهذا الاتجاه بشكل عام هم الأطباء، خاصة أطباء الأعصاب، والافتراض الأساسي الذي تقوم عليه إجراءات العلاج هو أن صعوبات التعلم ناتجة عن خلل وظيفي في الدماغ أو خلل بيوكيميائي في الجسم، وعليه فإن علاجها يتم وفق الإجراءات الطبية أسوة بالمظاهر انرفسية المختلفة.

ويشتمل الاتجاه الطبي على أساليب متعددة، أهمها:





أ- العلاج بالعقاقير الطبية:

يستخدم هذا الأسلوب بشكل شائع في علاج حالات الإحباط في النشاط، إذ أن التقليل من النشاط الزائد يحسن من درجة استعداد الطفل للتعلم. ولقد وجد أن بعض العقاقير الطبية التي تعرف بأنها منشطات للبالغين ذات أثر عكسي على الأطفال مفرطي النشاط، أي أن تلك العقاقير المنشطة للبالغين ذات أثر مهبط على أولئك الأطفال، وتختلف فاعلية تلك العقاقير من طفل لآخر، لذا فإنه من غير الممكن التعميم بأن عقاراً ما ينفع في علاج مختلف الحالات.

وعلى الرغم من أن العلاج بالعقاقير مسؤولية الطبيب، فإن من الأدعية بمكان أن يطالع المعلم على البرنامج الدوائي حتى يستطيع تزويد انطباعه بالملاحظات عن أثر برنامج العلاج، كما أن المعلمين في بعض الأحيان يتولون مسؤولية متابعة التزام الطفل بتناول العقار أثناء اليوم الدراسي، ويجب أن لا تقتصر معرفة المعلم على اسم العقار وعدد مرات تناوله بل يجب أن تشمل خصائصه، مثل متى يبدأ مفعوله ومدة تأثيره على الطفل، فعلى سبيل المثال قد يتناول الطفل العقار في الساعة السابعة صباحاً وقد ينتهي أثره في العاشرة صباحاً، ولكن لا يمكن إغناء الطفل أكثر من جرعة واحدة باليوم.

وعلى الرغم من أن العلاج بالعقاقير أثبتت فاعلية مقبولة في علاج بعض الحالات فإن الجدل لا زال قائماً حول الآثار الجانبية التي يمكن أن تترتب على استخدامه تُسترات طويلة. كما أن الدراسات التي أجريت لتحقيق من درجة الفاعلية لا زالت بحاجة إلى مزيد من البحث لتدعيم مصداقيتها، وعلى أية حال فإن العلاج بالعقاقير لا يلاقي حماساً بين أوساط المربين.

ب- العلاج بضبط البرنامج الغذائي:

يعتبر ضبط البرنامج الغذائي أسلوباً آخر من أساليب العلاج الطبية لصعوبات التعلم والذي ظهر في منتصف السبعينات من هذا القرن، ويقول





فينجولد (Fingold)، وهو صاحب هذا الأسلوب، أن المواد الملونة والحافظة ومواد التكهة الصناعية التي تدخل في صناعة أغذية الأطفال أو حفظ المواد الغذائية المعلبة خاصة الفواكه والعصير وغيرها من المواد الكيميائية المضادة، تزيد من حدة الإفراط في النشاط لدى الأطفال، وعليه يجب ضبط البرنامج الغذائي بحيث لا يشتمل على مثل هذه المواد الكيميائية، وينادي فينجولد بالتقليل من استخدام هذه المواد في الصناعات الغذائية لمصلحة الجميع، حيث إن آثارها السلبية لا تقتصر على ذوي صعوبات التعلم، وتتفق معظم المصادر على أن هذا الأسلوب في العلاج لا زال يفتقر إلى السند العلمي المقبول.

ج- العلاج عن طريق الفيتامينات (Megavitamins)

ويقوم هذا الأسلوب في العلاج على إعطاء الطفل جرعات من الفيتامينات على شكل أقراص أو شراب أو كبسولات، ويظهر هذا الأسلوب في العلاج في أوائل السبعينات حيث كان يستخدم في علاج بعض حالات ذهان الطفولة، ويشير أنصار هذا الأسلوب إلى أن جرعات الفيتامينات للأطفال ذوي صعوبات التعلم تظهر تحسناً في فترة انتباههم وحفقت من درجة الإفراط في النشاط، ولا زال هذا الأسلوب بحاجة إلى المزيد من البحث والدراسة التجريبية.

يتضح مما سبق أن أساليب الاتجاه الطبي في علاج صعوبات التعلم تتناول بعض المظاهر ذات العلاقة بتلك الصعوبات مثل الإفراط في النشاط والاندفاعية وفترة الانتباه، أي أنها أساليب علاجية غير مباشرة ولا تتناول الصعوبة بحد ذاتها، وعلى الرغم من أن بعض تلك الأساليب لاقت قبولاً وشعبية في بعض الأحيان، إلا أنها لا زالت محط نقد واعتراض من الغالبية العظمى من المختصين في مجال صعوبات التعلم، كما أنها بحاجة إلى المزيد من البحث العلمي لتأييد جدواها من جهة وسلامة استخدامها من جهة أخرى.





ثانياً: الاتجاه النفسي التربوي (Psycho – educational perspectives)

يقوم الاتجاه النفسي التربوي على توظيف المعرفة النفسية والتربوية وتطبيقاتها في مجال تعليم الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، وبينما يحاول الاتجاه الطبي معالجة الأسباب المحتملة لصعوبات التعلم عن طريق الدواء أو الغذاء، فإن الاتجاه النفسي التربوي يسعى إلى التغلب على مظاهر صعوبات التعلم عن طريق التعديل في أساليب التعليم واستراتيجياته، ويشتمل الاتجاه النفسي التربوي على الطرائق الثلاث الرئيسية التالية:

1- طريقة التدريب على العمليات (Process Training)

وتقوم هذه الطريقة على تصميم أنشطة تعليمية تهدف إلى التغلب على المشكلات الوظيفية التي تعاني منها العمليات الإدراكية ذات الصلة بصعوبة التعلم، ويعتقد مؤيدو هذه الطريقة أن التدريب على عملية إدراكية ما يساعد في نمو وتحسن الأداء الوظيفي لتلك العملية، وتسهيل عملية التعلم لدى الطفل، والعمليات الإدراكية كما سبق وأشرنا تشمل الإدراك البصري للأشكال والإدراك البصري للشكل والخلفية، والتمييز البصري والتكامل البصري والحركي والإغلاق البصري وإدراك العلاقات المكانية، والذاكرة البصرية والتمييز السمعي والذاكرة السمعية والإغلاق السمعي، ووفق هذه الطريقة يتم عن طريق التقييم الدقيق تحديد المشكلات الإدراكية المسؤولة عن صعوبة التعلم، ومن ثم يتم تصميم التدريبات الملائمة لعملية أو العمليات الإدراكية، ويتم في هذه الطريقة استخدام أساليب مختلفة؛ أهمها:

أ- التدريب النفسي لغوي (Psycholinguistic Training)

حيث يتم التدريب على التآزر البصري الحركي، ويستخدم هذا الأسلوب بشكل خاص في علاج صعوبات الكتابة والقراءة، وقد تم تطوير اختبارات وتدريبات مقننة في هذا المجال، وأشهرها برنامج كمبرج، ورفاقه المصاحب



لاختباره المشهور في مجال تشخيص العمليات اللفظية، وبرنامج فروستيج (Frostig) وكيهارت (Kephart) وغيرهم، وهي برامج مقشورة يمكن الحصول عليها واستخدامها في عمليات التدريب.

يتضمن برنامج فروستيج تدريبات لرسم الخطوط بين نقاط مختلفة، وتختلف هذه الخطوط، فبعضها يعمل بين نقاط على خط مستقيم وبعضها خطوط منحنية بأشكال مختلفة، وتفيد هذه التمارين في مجال التأزر البصري الحركي (حركة اليد مع العين) والانتقال في اتجاه معين، ويعتقد أن لهذه التدريبات أثر مباشر على تحسين القدرة على الكتابة والقراءة.

ب- التدريب باستخدام الحواس المتعددة (Multisensory Training):

ويقوم هذا الأسلوب على استخدام القنوات الحسية المختلفة (سمع، لمس، شم، لمس، الحاسة المكانية) في التدريب على العمليات الإدراكية، ويقوم هذا الأسلوب على الافتراض بأن الطفل يتعلم بسهولة إذا تم توضيف أكثر من حاسة في عملية التعلم، وأحياناً يشار إلى هذا الأسلوب في التدريب على أنه طريقة متباعدة، ولكن معظم المراجع تدرجه ضمن التدريب على العمليات.

ج- التدريب المعرفي (Cognitive Training):

يسمى هذا الأسلوب في التدريب (بني تحسب) استراتيجيات الطالب في فهم وتنظيم عمليات التفكير المختلفة على اعتبار أن استراتيجياته السابقة غير ملائمة لعملية التعلم، ويتضمن هذا الأسلوب إجراءات مختلفة ومتعددة أهمها التعلم الذاتي والتضبط الذاتي، إن هذه الإجراءات فعالة في تحسين طريقة الطفل في تناوله للمشكلة في موقف التعلم من جهة، ورفع مستوى دافعيته من جهة أخرى، نظراً لدوره الإيجابي في تنفيذ تلك الإجراءات، ويشتمل إجراءات التعلم الذاتي على الخطوات التالية:





الفصل الخامس: صعوبات التعلم

يقوم المعلم بأداء المهمة المطلوب تعلمها على ضوء تعليمات يصدرها المعلم لنفسه، بينما يقوم التلميذ بالملاحظة، أي أن المعلم يقوم بدور النموذج.

- يقوم التلميذ بأداء المهمة السابقة وفقاً لتعليمات وتوجيهات المعلم، وهي ذات التوجيهات التي استخدمها عندما قام بدور النموذج.

- يقوم التلميذ بإعادة أداء المهمة وفقاً لتعليمات المعلم كما في الخطوة السابقة لكنه في هذه المرة يقوم بالتمسك بهذه التعليمات وتدريبها من وراء المعلم بينما هو يقوم في الأداء.

- يقوم التلميذ بإعادة أداء المهمة وإصدار التعليمات لنفسه في نفس الوقت، أي أن تعليمات المعلم تتلشى تدريجياً وتحل محلها تعليمات ذاتية.

أما إجراءات الضبط الذاتي فتتمثل في قيام التلميذ بملاحظة نفسه وتقييم انتمائه بهدف تحسين درجة مشاركته في انشأته التعليمي، ومن الأمثلة على ذلك البرنامج الذي وضعه هالمان ورفقاه والذي يتمثل في تعريف الطالب بمعنى الانتباه، ومن ثم قيام المعلم بتمثيل دور الطالب المنتبه ودور الطالب غير المنتبه ليلاحظ الطالب ان الفرق بين الحالتين، ومن ثم يعطي الطالب جهاز تسجيل يصدر إشارة منبهة كل فترة زمنية محددة، وندى صماغ الإشارة يسأل الطالب نفسه هل كنت منبهة؟ ويضع الجواب (نعم أو لا) في المكان المناسب على نموذج أعد خصيصاً لذلك الغرض. ويمكن استخدام هذا الأسلوب سواء أثناء أداء الواجبات الصفية أو المنزلية، ويمكن أن تقرون الإجراءات السابقة ببرنامج تعزيز مناسب.

2- طريقة التدريب على المهارات (Skill Training)

الطريقة الرئيسية الأخرى في الاتجاه انفس تربيوي في العمل مع ذوي صعوبات التعلم هي ما يشار إليه عادة بالتدريب على المهارات، وبينما تركز طريقة التدريب على





العمليات الأساسية المتعلم كالاتجاه والعمليات الإدارية، فإن طريقة التدريب على المهارات تركز على التدريب المباشر على المهارات التي يظهر فيها التلميذ قصوراً أو عجزاً، وتقوم هذه الطريقة على افتراض أن العجز أو القصور في أداء المهارات لا يعود إلى خلل في العمليات الإدارية وإنما إلى حرمان من فرص التعلم الملائمة.

وينص على أن طريقة التدريب على المهارات تستند بشكل أساسي إلى مبادئ تحليل السلوك وإجراءاته المختلفة في تعديل السلوك، حيث إنها تتناول شروطاً عمالية للتعليم وعناصرها، مثل تسلسل المهارات، والوسائل التعليمية، والتعزيز، وضبط المثيرات الأخرى في الموقف التعليمي.

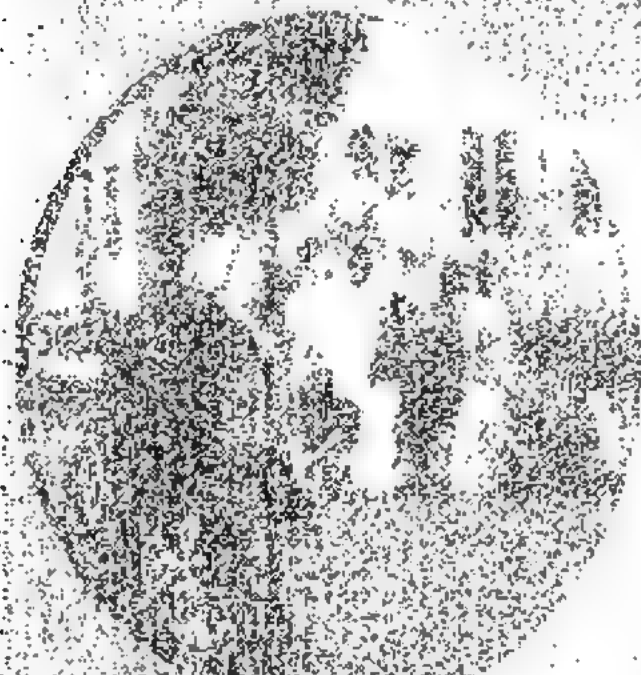
3- الطريقة القائمة على الجمع بين التدريب على العمليات والتدريب على المهارات:

كان التدريب على العمليات هو المنهج الأكثر شيوعاً في أوساط البرامج التدريبية لذوي صعوبات التعلم، واستمر الحال كذلك حتى أواخر الستينيات من القرن الماضي، حيث مرز اتجاه التدريب على المهارات والذي اعتبره المعلمون أكثر ملاءمة للاحتياجات الفردية لتلاميذهم، وعلى الرغم من أن الجدل بين أنصار كل اتجاه لا زال قائماً، فإن الاتجاه الأكثر حداثة وقبولاً في أوساط المختصين في الوقت الحاضر هو الجمع بين الاتجاهين والاستفادة من الميزات الإيجابية لكل منهما.

وحتى في البرامج التعليمية التي تأخذ بطريقة دون سواها، يلاحظ توظيف استراتيجيات متعددة ضمن الطريقة الواحدة، ومن المؤكد أن التدريب على العمليات يعتبر أكثر ملاءمة لصغار الأطفال، أما فيما يتعلق باليافعين والشباب من ذوي صعوبات التعلم فإن التدريب على المهارات هو الأكثر ملاءمة واستجابة لحاجاتهم الناجمة عن المهام المختلفة في برامجهم التعليمية.

Handwritten text, possibly a signature or name, at the top of the page.

Handwritten text, possibly a date or location, below the first line.



Large handwritten number '6' on the left side of the page.





الفصل السادس

الإعاقات الجسمية

تضم الإعاقات الجسمية قائمة واسعة من الإعاقات المتنوعة تتنوع معها الحاجات الطبية والاجتماعية والتربوية والتقنية تنوعاً جذرياً يتراوح بين التدخل العلاجي المكثف إلى مجرد إجراء تعديلات طفيفة في طبيعة بعض الدروس، وإذا كنا نتحدث عن الإعاقات الجسمية فإن علينا أن نعود إلى التمييز بين العجز Disability الجسدي والإعاقة Handicap، فالعجز مصطلح يقصد به قصور وظيفي أو خلل عضوي موضوعي قابل للتغلب كفقْد إحدى اليدين مثلاً أو شلل عضلات الكلام أو فقد ساق أو انسحاقين معاً وغير ذلك مما هو على هذه الشاكلة، ويعود تشخيصه إلى الطبيب لأنها حالات طبية بالدرجة الأولى، أما الإعاقة فيقصد بها الأثر الذي يتركه العجز أو عوائده هذا العجز على قدرة الفرد على أداء وظيفة في مجالات محددة، فالشخص الذي يستخدم كرسي العجلات بسبب إصابته بالشلل الدماغي مصاب بعجز جسدي ويعود هذا العجز عليه بالإعاقة ولكنه قد لا يكون معاقاً في كل شيء يفعله بمعنى أن الإعاقة مسألة نسبية؛ فهو معاق عندما يترتب عليه أن يستخدم وسيلة تقبل عامة مثلاً ولكنه لا يحسب معاقاً عندما يجلس أمام مكتبه يؤدي وظيفته كمبرمج كمبيوتر، ومن هذا يتبين أن الإعاقة هي عدم القدرة على مواجهة المطالبات البيئية أو الوظيفية التي تطلب من الشخص ذي العجز في موقف معين، أو هي رد فعله على عجزه أو موقفه من هذا العجز.

وعلى المرء أن يتذكر أن التعابير الطبية وإن كانت لا تدل إلا على القليل من الحاجات التربوية الخاصة، إلا أن عليه أن يكون على وعي بمزايا الإعاقة المختلفة لكي يفهم طبيعة العجز وأية منطويات تربوية يفرضها وأن يحيط علماً بالمصطلحات الطبية التي تستخدم في هذا المجال لكي يتمكن من التواصل مع

غيره من أعضاء الفريق متعدد التخصصات، وبمناقشة هذا الباب الإعاقات الجسدية مصنفة على أساس الإعاقات العصبية والإعاقات العضلية العظمية والصحية التي تعد ذات تأثير عصبي على تطور الأطفال وقدراتهم.

طبيعة الإعاقات العصبية

تشمل الاضطرابات العصبية عن تلف أو علة نقص يعتري في أغلب الأحيان الجهاز العصبي المركزي (الدماغ)، ويشرح عقد المواقف أمام التربويين لأن صحة الجهاز العصبي المركزي أمر أساسي وحاسم في أداء الأجهزة الجسمية الأخرى ووظيفتها. فالأطفال المصابون باضطراب في هذا الجهاز يمانون خلال فترة النمو على التعلم فضلاً عن الخلل في الوظيفة الجسمية، ومن ذلك أن الطفل المصاب في الدماغ به أني كثيراً من المشكلات في مجالات مختلفة: تخلف حركي أو عقلي، أو إعاقة انفعالية أو إدراكية، أو اضطرابات في تعلم الكلام واللغة، أو اضطرابات في نحية حكا الصرخ أو السكري، أما إصابة الحبل الشوكي بصفته المكون الثاني الرئيسي للجهاز العصبي فقد تسبب للطفل مشكلات حسية وحركية وشال في بعض أجزاء الجسم.

ويبدو أن الاتجاه نحو الصفوف المدمجة قد أخذ يسمح بوجود أمانات ذوي إعاقات عصبية مختلفة في الصفوف العادية، وأصبحت المدارس تهين البيئة المادية المناسبة لهم وبخاصة لمن يعاني منهم من إعاقات عقلية حادة، ويبدو أن وجودهم مدموجين أخذ في التزايد في المدارس العادية.

تختلف الأساليب التي تؤثر بها الإعاقات العصبية على الأفراد اختلافاً واسعاً: فقد تعمد الإعاقة بعضهم ولا يستطيعون الوصول إلى ما استودعته الطبيعة فيهم من نمو وتطور. في حين أن بعضهم يمكن أن يتجاوزوا الإعاقات ويحققوا إنجازات مرموقة.



تعريف الإعاقات العصبية:

من الصعب وصف مختلف الإعاقات العصبية والجسمية وإدماجها في بضع كلمات تعريفية: فقد تعرف مجموعات الأطفال الذين يحتاجون تربية خاصة بالقول إن الأطفال المفاقيين جسمياً هم أولئك الذين يعانون من إصابات جسمية غير فقد السمع أو البصر تدخل في طورهم أو تعلمهم، أما الإصابات العصبية فتتشع من قصور وظيفي أو خلل في الدماغ أو الحبل الشوكي أو الاثنين معاً يحدث قبل الولادة: وفي أثنائها أو بعدها، وتتنوع آثار هذا العطب نوعاً واسماً وبخاصة عند بدء الإصابة.

ومن الجدير بالذكر إن إصابة الحبل الشوكي وحدها تترك أثراً على الحركة والإحساس دون أن تصيب هذه الأثار الوظيفية العقلية والوظائف الحسية كالسمع والبصر فتلف خلايا الحركة في الحبل الشوكي بسبب الشلل الترهلي Flaccid Paralysis أي عدم القدرة على تحريك العضلات بسبب نقص انقبضات العصبية اللازمة لتقلص العضلات، أما الرضوض التي تصيب الدماغ فيمكن أن تتعاضد اضطراباً خاصاً محدداً نسبياً يمكن أن يخلف أثراً واسعة المدى من بينها الاضطرابات الحركية أو فقد الحواس أو الضعف العقلي أو اضطرابات الكلام واللغة أو اضطرابات انفعالية وسلوكية.

نسبة انتشار الإعاقات العصبية:

بالرغم من النزع الواسع الذي تكون عليه الاضطرابات العصبية إلا أنها نزل ذات مدى محدود من الانتشار فهي تتراوح بين 0.2% إلى 1.5% من مجمل الأعمار المدرسية وتختلف هذه النسبة من مكان إلى آخر ومن زمن إلى آخر.

مميزات المعاقين جسدياً:

من الصعب الوصول إلى وصف نمطي لحالة معاق جسدياً بسبب تنوع الإصابات وتنوع أعراضها ومظاهرها وشدتها، على أنه يمكن ذكر المميزات التالية للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والأمراض المزمنة بها يلي:

- مهملون غالباً في واجباتهم وأكثر إزعاجاً وانعزالاً في المدرسة من غيرهم.
- تظهر عليهم نسبة عالية من الاضطرابات العقلية.
- يظهر عليهم مستوى مرتفع من أخطار سوء التكيف النفسي الذي يتصل مباشرة بطول حدة الاضطراب الجسمي، وتزداد المخاطر طول مدة وجودها.
- يظهرون ردود فعل امكثابية كالمصدمة واللامبالاة والانعزال.
- يثابرون ارتباطاً إيجابياً بين التعرض لخطر سوء التكيف النفسي والاجتماعي وبين شدة الاضطراب.
- تتكرر عليهم مظاهر سوء التكيف عندما يكون الاضطراب دائماً أكثر مما لو كان مؤقتاً.
- يعانون آثاراً سلبية تنعكس على تقدير الذات وصورة الذات.

أنواع الإعاقات العصبية:

يواجه الدارس طيفاً واسعاً من الإعاقات الناشئة عن علل تصيب الدماغ أو الحبل الشوكي، غير أن أكثر هذه الأنواع ظهوراً الشكل الدماغى الذي يكافئ ما لا يقل عن أربعين بللثة من مجموع الإعاقات العصبية، والصرع، والعمود الفقري المفتوح، والاستسقاء الدماغى.





1. الشلل الدماغي؛

ينشأ الشلل الدماغي Cerebral Palsy عن علة تصيب الدماغ قبل الولادة أو في أثنائها أو بعدها. وبعد اضطراباً حركياً في الدرجة الأولى بالرغم من أنه يمكن أن يتراقد ببعض أنواع المعجز الأخرى؛ وتشخيص الشلل الدماغي مسألة ترتبط بالعمر بمعنى أن الطفل الذي يعاني تلقاً في الأنظمة الحركية لدماغ بعد انسداده لا يشخص بأنه يعاني من شلل دماغي حتى لو ظهرت عليه نفس الاضطرابات الحركية.

والشلل الدماغي من أكثر حالات المعجز التي تصيب الأطفال؛ وتتراوح نسبة حدوثه من 3-6 حالات في كل ألف حالة من المواليد الأحياء.

تعريف الشلل الدماغي؛

ثمة تعاريف متعددة للشلل الدماغي منها ما هو محدد ومنها ما هو عام، ومن التعاريف المحددة التعريف الذي ينص على أن الشلل الدماغي؛ أي اضطراب يتصف بشذوذ حركي غير تقدمي مصحوب أو غير مصحوب بتخلف عقلي أو خلل حسي ناتج مرض يمتري الدماغ ويتجلى قبل الخامسة، أما التعريف العام فتذكر الدماغ أو الجهاز العصبي المركزي ودرجة ما من القصور الوظيفي الحركي ومن مثل هذه التعاريف: "يشير مصطلح الشلل الدماغي إلى مجموعة غير تقدمية من الاضطرابات تنتج عن سوء قيام المراكز والمعرات الحركية في الدماغ بوظائفها ويتصف بشلل أو ضعف أو سوء تناسق حركي ينشأ قبل الولادة أو في أثنائها أو قبل أن يصل الجهاز العصبي المركزي إلى نضج نسبي.

أسباب الشلل الدماغي؛

ليس من شأن هذه المعالجة الحديث عن أسباب الشلل الدماغي بتعمق، ويكفي أن يحيط المدارس بالأسباب العامة لهذه العلة؛ ومن هذه الأسباب؛





1- ما يحدث قبل الولادة ومن أهمها: الخزانة وهي نادرة الحدوث، أو إصابة الحامل بالحمى تكاثرية الألمانية، أو نقص الأوكسجين الذي يصل للجنين بسبب النزيف أو التقيح، الحبل المشعشع، أو سوء تطور المشيمة، أو عدم توافق الزمرة الدموية Rh : أو عدم نضج الدماغ، أو اضطرابات الاستقلاب لدى الأم الحامل، أو كثرة التعرض لأشعة x ، أو أسباب غير معروفة.

2- في أثناء الولادة أو حولها وأهمها رضوض الدماغ، أو نقص الأوكسجين.

3- ما يحدث بعد الولادة ومنها إصابات الدماغ أو التهابات الدماغ أو تعرض الدماغ لدوال سمية كالتهاب السحايا والاستسقاء الدماغية والمواد الكيميائية السامة، أو النزف الدماغية، أو نقص الأوكسجين كما يحدث في حالات الذرق أو توقف القلب وأخيراً نزف الدماغ، ويقدر البعض أن 85-90 بالمئة من الحالات المعروفة للشلل الدماغية هي أسباب خلفية تحدث حوالي الولادة أو في ثنائها.

تصنيف الشلل الدماغية:

به كن تصنيف الشلل الدماغية على أكثر من صعيد فقد يصنف على أساس الأسباب إذا كانت معروفة، أو قد يصنف على أساس درجة الإصابة، أو قد يصنف ثانياً على أساس طوبوغرافية الإصابة أي الأعضاء المصابة بالشلل أو رابعاً على أساس فسيولوجي أي طبقاً لاضطراب الوظيفة الحركية، وتظهر هذه التصنيفات الأربعة ونفصيلاتها في الجدول 10:1



الجدول 10:1 تصنيفات الشلل الدماغي

الأسباب	الدرجة	الطوبوغرافيا	الوظيفية
الويقة	خفيفة	شلل أحادي	التشنجي
التوترات الحائل	متوسطة	شلل جانبي	الالتوائي
نقص الأوتسجين	حادّة	شلل سنلي	تنسجي
عدم نوافذ Rb		شلل سنلي سنلي	التشنجي
عدم التضمج		شلل ثلاثي	الارغاشي
استقلاب الحامل		شلل رباعي	مختلط
شدة إكس		شلل متعصب	
مجهولة		شلل متعصب	

ويحتل تصنيف الوظيفي أهمية خاصة للمربي إذ يساعد في تحديد نواحي انقصير والاحت من الإمكانيات والقوى التي يمكن أن تنمي ويستعان بها في التعلم، ويصنف الشلل على هذا الأساس إلى صنفين رئيسيين:

١- الشلل الدماغي الهرمي أو التشنجي Spastic الذي يوجد في حوالي 50% من حالات الشلل الدماغي، وسبب هذا النمط من الشلل تلف يصيب القشرة الدماغية أو المسد الهرمي للدماغ، وينتج عن هذه الإصابة مشكلات في الحركات الإرادية حيث تبدو هذه الحركات بطيئة ومكثورة وضعيفة التنسيق وكثيراً ما ترافق هذه الحالة الإصابة بالصرع والمشكلات الحسية والنطقية، وعلى الرغم من أن يقال بأن المصابين بالشلل الدماغي التشنجي لا يستطيعون تحريكه عندما وكيفما يريدون ويصعب عليهم استخدام أصابعهم في التقاط الأشياء.



2- الشلل الدماغي خارج الهرمي Extrapyramidal ويتضمن الالتهوائي أو التخبطي Athetosis والشلل التشنجي Alaxia والشلل التيبسي Rigidity والشلل الارتعاشي، يكون التلف الدماغي في هذه الحالات خارج المسرات الهرمية وينتج عنه حركات لا إرادية متقطعة وصعوبة الحفاظ على الوضع.

أ- يتميز الشلل الانتوائي بحركات مستمرة لولبية لا إرادية في اليدين والرسفين بشكل خاص، والانقباضات العضلية تحدث في مجموعات متتالية من العضلات خالفة حركات غير مترابطة تصعب من القيام بأفعال هادئة، والأطفال المصابون لا يستطيعون وقف الحركة عندما يريدون وقفها بالرغم من أن هذه الحركات تتوقف عند النوم، وقد لا يستطيع الطفل المصاب التحكم بحركات شففيه ولسانه فيسيل لعابه بشكل لا إرادي ويطلب أن ينحني رأسه إلى الخلف كما يجد صعوبة عند انطق والكلام، ويشكل هذا النمط من الشلل حوالي 25٪ من حالات الشلل.

ب- أما الشلل التخليجي فيتميز بضعف في تناسق الحركات التي تتصل بحفظ التوازن والهيئة الجسمية والتوجه في المكان، حيث يلاحظ الأطفال المصابون بمشون بخطى واسعة وبساقين متباعدتين عن بعضهما البعض للتعويض عن ضعف التوازن، كما يظهر عليهم كذلك ضعف التناسق في القيام بالحركات الكبيرة أو الدقيقة وسبب ذلك أن الإصابة تتمركز في المخيخ مركز التوازن.



ث- يعد الشلل التيبسي نادر الحدوث ويتصف بمستويات عالية من التوتّر العضلي وعدم القدرة على الحركة الإرادية ومتابطة مستمرة للحركة.

ث- ويوصف الشلل الارتعاشي بأنه حركات لا إرادية تصيب أحد الأطراف وتكون الحركة الارتعاشية إما مستمرة في حالة الارتعاش المستمر أو متقطعة تحدث عندما يحاول الطفل القيام بعمل ما فقط.

3- وإذا أصاب الشلل المناطق الهرمية وخارج الهرمية في الدماغ يمكن أن يظهر على الطفل حركات تشير إلى شلل مختلط Mixed كتشنج اتساقين وتصاب الساعدين، ويقدر حوالي 25٪ من حالات الشلل من النوع المختلط.

ويمكن تصنيف الشلل الدماغي وفقاً لطوبوغرافية الإصابة أو موضعها كما هو ظاهر من الجدول السابق، أي ما يلي:

- الشلل الأحادي Monoplegia أي إصابة طرف واحد وهو نادر الحدوث.
- الشلل الجانبي Hemiplegia أي إصابة أحد جانبي الجسم الأيمن أو الأيسر طويلاً.
- الشلل السفلي Paraplegia أي إصابة الأطراف السفلية من الجسم.
- الشلل الثلاثي Triplegia أي إصابة ثلاث أطراف.
- الشلل الرباعي Quadriplegia أي إصابة الأطراف الأربعة.

أما أعراض الشلل الدماغي فتتنوع وفقاً لكثير من العوامل منها: نمط الشلل الدماغي، وحدة الحالة، ووجود أو عدم وجود حالات إعاقة إضافية، ووزن





التشخيص والمعالجة، وتوافر الخدمات المناسبة للأطفال والأسرة، واتجاهات الأسرة وممارساتها في تربية الطفل.

تشخيص الشلل الدماغي:

ليس من السهل عادة تشخيص الشلل الدماغي عند الولادة لعدم وجود إلا قلة من العلامات العصبية غير السوية في ذلك الوقت، مما يجعل أولئك المصاب بالخلل الدماغي يظل يبدو سويًا لمدة الأسابيع الأولى من الحياة، غير أن بعض الإيحاءات التي يمكن أن تشير إلى اضطرابات عصبية حركية من مثل التهييج الزائد وشحوب الوجه والتصلب وإذابة رص والإجهال الزائد والبرأءة والديقان يضاف إلى ذلك بأن الصغار المصابين بالشلل الدماغي يتصرفون بشكل مختلف عن غيرهم إذ يترجمون إلى الغرور الزائد والصراخ الخائر والضعف في المص مع هذه من الانقباضات يحيط بهم، كما أنهم يرتاحون بشكل مختلف عن الأسوياء إذ يضطجعون بأعرض وفي وضع مستطيل بدلاً من الوضع شبه المنحني، ومع ذلك يظل تشخيص أمراً صعباً، ثم إن هذه الأمراض جميعاً لا يتصف بها ذوو الشلل الدماغي وحدهم بحيث لا يمكن الإحصاء بأن الأطفال الذين تظهر عليهم هذه السمات يكونون مصابين بالشلل الدماغي.

ويمكن مع تقدم عمر الطفل التنبؤ في ضوء تطوره الكلي، فإذا استطاع الطفل الجلوس في عمر اثنتانين مثلاً فإنه من المحتمل أن يتمكن من المشي وإذا استطاع أن ينطق أصواتاً مفهومة في ذلك العمر فإنه من الممكن أن يتعلم الكلام إذ تعد مثل هذه البوادر مثبتة إلى حد جيد.



آثار الشلل الدماغي:

لا تتوقف نتائج الخلل الدماغي على المجالات الحركية وحدها إذ يمكن النظر إلى الشلل الدماغي كحالة إعاقة مضاعفة حيث يظهر على نسبة تكبيرة من ذوي الشلل الدماغي إعاقة إضافية أخرى أو أكثر عنه مثل التخلف العقلي أو صعوبات التعلم أو فقد الحواس أو الصرع أو اضطرابات انفعالية وسلوكية، يضاف إلى ذلك اضطرابات مرافقة أخرى للشلل الدماغي كالاضطرابات في الهيئة الجسدية والاستماع والتنفس والصوت والدورة الدموية واللغة، حتى إن بعض الناس كثيراً ما يخذعون بالمظهر الخارجي فيفترضون أن المشلولين دماغياً يكونون متخلفين عقلياً، صحيح أن بعض التخلف العقلي لهؤلاء الأطفال يشير إلى أن حدوث التخلف العقلي بينهم أكثر من المتوسط، بمستوى ذي دلالة، حيث تتراوح نسبة الأطفال المشلولين دماغياً الذين يعانون من درجة ما من التخلف العقلي بين 50-75 بالمئة، ولكن ذلك لا يعني أن الشلل الدماغي بسبب التخلف العقلي أو أن هذا التخلف يتناسب طردياً مع حدة الإصابة بالشلل، كما أن مشكلات اللغزو الكلام التي يعاني منها المشلولون دماغياً تعكس تعقيد هذه الحالة وتتراوح نسبة الذين يعانون هذه المشكلات بين 50-83 بالمئة من ذوي الشلل الدماغي.

ومكثراً ما يؤثر الخلل الذي يصيب الجهاز المركزي على اتراكز المخية التي تسيطر على تنظيم التنفس مما يجعل الكثيرين من المشلولين يعانون من اضطرابات تنفسية؛ كما يمكن أن يعاني المشلولون من ضعف التحلل والبلع والعضلات الجوفية أو ممرات مجرى الهواء بسبب الحركات غير المنتظمة للحنان الصوتية، ولابد أن يترك القصور الوظيفي أثره على أعضاء الكلام فيسبب من مهمة الكلام السليم، إذ كثيراً ما يلاحظ بأن المشلولين يكتبسون اللغة ولكن من غير كلام وإذا



تكاملاً، ظهر على كلامهم ضحكة في التنفس مع نشوهات في الصوت وتغير غير منضبط في نغمة الصوت.

ويظل مشكلات البصر والسمع من أكثر المشكلات التي يرافق الشلل الدماغي وأخطرها، ويقدر بأن حوالي 50% من المشلولين يعانون من نمط من العزل البصرية بينما يعاني 25-30 بالمائة من مشكلات في السمع. كما يمكن الوقوف على مشكلات حسية أخرى ترافق الشلل الدماغي كحاسة اللمس أو عدم القدرة على تحديد مواضع الألم أو انخفاض أو درجة الحرارة.

وقد يعاني المشلولون دماغياً من اضطرابات إدراكية كقصير فترة الانتباه والمقابلية لتأثرت مما يعني أن 15-20 بالمائة يعانون من نمط ما من صعوبات التعلم المحددة، ويظهر أن نسبة حدود النصف من المشلولين يعانون من نوبات صرعية. تكثر بين ذوي الشلل النصفي والشلل الرباعي، ويلاحظ بأن المشلولين دماغياً من ذوي النسب الذكائية العادية معرضون لثلاث مرات أكثر من غيرهم للإصابة باضطرابات نفسية (Seidel et al., 1975).

وعلى هذا ومن خلال الأعداد التي تصيب باضطرابات مرافقة، يمكن القول بأن الشلل الدماغي حالة معقدة ومتعددة الخسائر، غير أن ذلك لا يعني أن كل طفل مشلول يواجه شكل هذه الاضطرابات أو أغلبها، فالأطفال ذوو الإصابات الدماغية المحدودة يواجهون عدداً أقل من أنواع القصور مما يواجهه ذوو التلف الدماغي الشامل.

2. الصرع:

يمكن تعريف الصرع Epilepsy بأنه حالة مزمنة من التغير الفجائي لنشاط الدماغ مصحوبة بفقد الوعي أو عدم فقدته تشأ من أصول متعددة وتتصف بنوبات



الفصل السادس: الإعاقات الجسمية

متكررة تبدأ وتنهي تلقائياً بصرف النظر عما يرافقها من إشارات وأعراض عيادية، والصرع بحد ذاته ليس مرضاً ولكنه عرض لا ضئيل أو خلل دماغي قد يحدث نتيجة لأي حالة تترك عطباً في الدماغ أو وظائفه من مثل رضوض الدماغ في أثناء الولادة أو نقص الأوكسجين قبل الولادة أو في أثنائها وأفات الدماغ الخلقية وبعض أنواع التهابات الحادة كالتأهب السحايا والتسمعات والعوامل الجينية، على أن ذلك لا يجوز أن يعني أن الصرع هو نتيجة لازمة لأي عطب في الدماغ، والصرع مرض عصبي قديم لا أحد في مئة من مئة فقد يصيب مختلف السلالات البشرية والأعمار المختلفة من الجنسين.

تشير بعض الدراسات إلى أن الصرع أكثر انتشاراً منه المعتاد، وأن 2-3 بالمئة من الناس قد أصيبوا بنوبات سرعية أو سببواون بشكل ما عن أشكال انوبات الصرعية خلال حياتهم، لكن ذلك قد يكون بأعراض مختلفة كالحمى المرتفعة أو تعب القلب، أو هضم مواد كيميائية معينة، أو تدخل بالترويض الطبيعي للدماغ بالأوكسجين، وإذا تجاوزنا هذه التقديرات فإننا نواجه بتقديرات أخرى تتراوح بين 0.5-1 بالمئة من الناس، ويرجع سبب هذا الاختلاف في التقدير إلى تعريف الرضوض الدماغية ونمط التشخيصات الذي يؤخذ بالحسبان عند التقدير، ثم إن التقديرات تتأثر بالعمر، إذ أن معظم الذين يتطور لديهم انصرع في السنوات الأولى من العمر يشهدون تراجعاً في عدد النوبات في الكبر أو اختفاء الحالة نهائياً.

تصنيف الصرع:

تمة أنماط متعددة من النوبات الصرعية بعضها أصبح معروف الأسباب وبعضها ما يزال ملي الغموض والإرباك للباحثين، ويعتمد نمط النوبة الصرعية



على منطقة الدماغ التي تنشأ منها، كما تعتمد إني حد ما على نضج الدماغ وقدرته على نقل الشحنة الكهربائية إلى الأجزاء الأخرى من الجسم.

توجد ثلاثة تصنيفات رئيسية للصرع هي النوبات العامة والنوبات الجزئية والنوبات غير المصنفة، وتتضمن النوبات العامة انوبات الصغرى، والنوبات الانعاشية، والنوبات الكبرى والنوبات انمودية التي تتضمن النوبات التشنجية الطفلية، يلاحظ على النوبات العامة كونها ثنائية متماثلة ودون بداية موضعية في الدماغ، وتكون مصحوبة غالباً بمقد الوعي بوجود وبعد حركية، أما النوبات الجزئية فقد تكون بسيطة أو حركية وتبدأ فتركزة وقد يصاحبها فقدان الوعي أو قد لا يصاحبها ذلك، وتضم النوبات غير المصنفة كل الأنماط الأخرى من انوبات الصرعية، ويعرض الصرع إذا كان له أعراض تشير بقوة إلى وجود تلف دماغي بالصرع المرضي Symptomatic أما إذا كانت أسبابه غير معروفة فيعرف بالصرع الشخصي Idiopathic وإليه تعزي معظم حالات الصرع.

النوبات الصرعية العامة: أكثر أشكال النوبات الصرعية العامة هي نوبات الصرع الصغرى Petit mal Seizure وغيب النوبة، ويلاحظ بأن أياً من هذين النوعين من النوبات يمكن أن يكون عرضياً أو عارضاً، كما أن كثيرين من المصروعين يمكن أن يظهر عليهم شكلا النوبتين معاً، والنوبة الصغرى أو النوبة الغائبة هما أكثر ما يصاب الأطفال، حتى إن بعضهم يفتابه حوالي مئتي نوبة غائبة يومياً وهو جالس أو يؤدي تمريناً، وهذان النوعان من النوبات أقل دواماً من النوبات انكبرى، إذ هما لا تدومان أكثر من نصف دقيقة حتى إنها لهذا السبب كثيراً ما لا تفسرن أو تهملان، يبدو الطفل في فترة النوبة وقد توقفت حركته وعينه تحمقان في الفراغ كما لو أنه يعيش حلم يقظة، كما قد يفقد الوعي أو يشعر بضمائته، أما العودة إلى حالة الوعي فتكون عودة فجائية



الفصل السادس: الإعاقات الجسميّة

ويستعيد الطفل مباشرة نشاطه الذي توقف، كما يمكن من خلال أشكال أخرى من النوبة الصغرى أن ترمش العينان بسرعة لا إرادياً وتتحرك اليدين حركات غير هادفة.

فمن نوبة انصرع الكبرى فتتطور بمراحل واضحة نسبياً، إذ يسبق حدوث النوبة مرحلة إنذار بحدوثها aura حيث يعاني بعض المصابين شعور بمثل تيار هواء بارد قبل بدء النوبة مباشرة. وقد يكون هذا الشعور خبرة حسية ذاتية أي ذاكرية كأن يشمل رائحة عطر غير موجود في الواقع، وتعمل هذه المرحلة على جعل الشخص يتهيأ للنوبة، إذ يدرك المصاب وعيه بعد أن تصدر منه صرخة ويستقل بجسم متيبس وذراعين منحنيتين وساقين متباعدتين ممدودتين، وبدرج انزعاج وانزعاج، ولأن مراكز العضلات تكون منشججة يتوقف التنفس مؤقتاً، وبعد فترة قصيرة من التيبس تبدأ مرحلة الارتجاج Clonic حيث تتدوب على انصاف فترات من ارتخاء وتقلص الجهاز العضلي تسبق حركات انقلاب، وقد يفقد المصاب في هذه المرحلة القدرة على التحكم في عضلات الإخراج لديه ويمض على لسانه الخارج من فمه. وبعد مدة تدوم من دقيقتين إلى خمس دقائق تختفي الحركات التشنجية وتتوقف نهائياً، ويتبع ذلك استعادة تدريجية لتوحي قد يشعر خلالها بالاضطراب والصداع وغير ذلك من الأعراض، ويغيب الفرد في نوم عميق دلالة على نهاية النوبة، أما إذا كان الطفل يعاني نوبة صرعية كبرى ويتبعها مباشرة نوبة أخرى فإن هذه الحالة الصرعية Status Epilepticus تحتمل مخاطر على الحياة ولابد من الاستعانة بالصليب فوراً.

النوبات الصرعية الجزئية: تعرف أحياناً بالنوبات البؤرية Focal لأنها تؤثر على مجالات مراكز الحركية أو الحسية: ولهذه النوبات أشكال كثيرة ولكن المظهر انهم لها جميعاً هو الأصل المتمركز لتهيج الدماغ، ومن أشكالها





النوبة الجاكسونية Jacksonian التي تتصف بأعراض حركية دون تشويه للوعي، وتأخذ هذه النوبة شكل القيام بحركات تشنجية تبدأ بأحد الأطراف كالإبهام اليسرى وتتقدم هذه الحركات بعد ذلك بأسلوب منظم نحو مركز الجسم وإلى أسفله حتى الساق الأيسر، وقد يحدث أحياناً أن تكون الشحنة انكهربائية قوية بحيث تنتقل من أحد نصفي الدماغ إلى النصف الآخر منه حيث يفقد المصاب الوعي ويظهر عليه ما يشبه نوبة الصرع الكبرى.

ومن أنماط النوبات الصرعية الجزئية النوبة النفسية الحركية والتي تدعى أحياناً النوبة النفسية الحركية المكافئة أو نوبة القصر الصدغي لأنها ترتبط بهنطقة في هذا القسم الدماغى.

وتتصف هذه النوبة بأعراض من مثل ضبابية الوعي وفقد الذاكرة وتغير في الوعي وتغير في موضع الجسم أو الأطراف والنشاع، المضطرب والدوخة والغثان والاستقراخ وانكلام غير المناسب أو السىء واضطرابات انفعالية غير ملائمة كالغضب أو الخوف، وقد ترافق هذه الأعراض أحياناً بحركات منطجة معقدة، تتميزى الملابس أو أي فعالية أخرى نمطية كالمضغ أو الاسترسال في تلمظ الشفا.

آثار الصرع على التطور:

يتطور الأطفال ذوو النوبات الصرعية الغامضة أو غير المعروفة الأسباب تطوراً عادياً بينما لا تكون الحالة كذلك بالنسبة للمصابين بالنوبات العرضية، يعاني الأطفال الذين تظهر عليهم النوبات الصرعية قبل الثانية من العمر آثار النقص التطوري أو الرضوض الولادية أو الأمراض الاستقلابية التي تؤثر على الدماغ، ويحتمل أن يصاب هؤلاء الأطفال باضطرابات مضاعفة كالتخلف العقلي.





الفصل السادس: الإعاقات الجسمية

أو فقدان انحناس أو العجز الحركي؛ وتحدد العقدين التطورية بعدد ونمط الاضطرابات الإضافية.

تبدأ النوبات الغامضة عادة بين الثانية والرابعة عشرة، ويقوم معظم هؤلاء الأطفال بوظائفهم بشكل اعتيادي بين النوبات ونحو الي (76٪ من هؤلاء ذكاء متوسط أو مرتفع، ويبدو أن النوبات انصرعية نفسها لا تسبب تخلفاً عقلياً).

تتنوع آثار الصرع التطورية تنوعاً واسعاً علماً بأن الصرع نفسه لا يؤثر على التعلم وليس سبباً كافياً للتربية الخاصة؛ إلا إذا كان بعض المصابين بالصرع يقاسون إعاقات أخرى كالتخلف العقلي أو تشلل الجماعي، أما الأطفال الذين يعانون إعاقات إضافية ويضطربون النوبات الصرعية بالعقاقير فيمكن أن يشاطروا زملاءهم الآخرين فعاليتهم.

على أن الصرع كثيراً ما يبقى بمشكلات أمام الأطفال المصروعين بسبب طبيعته المزمنة وعدم إمكان التنبؤ بحدوث نوباته، حيث يترتب على هؤلاء الأطفال أن يتعلموا كيف يتعايشون مع النوبات التي تصيبهم في أثناء حياتهم، وبالرغم من أن أكثرية الأطفال المصروعين قادرين للمساعدة بالأدوية حيث يتمكنون من ضبط النوبة إلا أنه ليس بينهم من يتطلع للشفاء، فضلاً عن أن أحداً لا يستطيع أن يتنبأ بالشفاء منه ولهذا فإنه لا توجد إلا فرص قليلة للتكيف مع الصرع.

وينبغي أن نشوه بأن الإعاقة الرقمية للصرع لم يمت هي الصرع نفسه وتكثفها ردود فعل المجتمع إزاءه، حيث تظل 'لحالة عرضة للخلط وسوء الفهم المستمر بالرغم من نجاح العقاقير الحديثة، ولهذا فإن التمييز كثيراً ما يمارس على المصابين بالصرع في الاستخدام والتوظيف وفي العلاقات الاجتماعية وفيادة





السيارات وغير ذلك من المهام. يضاف إلى ذلك أن البعض يظل يوازي بين انصرع واثتخلف العقلي أو اترض العقلي بالرغم من أن نسبة هؤلاء محدودة ولا تعدو نسبتهم في المجتمع انعام.

3. العمود الفقري المفتوح:

ينتج العمود الفقري المفتوح Spina Bifida كغيره من الشقوق Clefts من فشل بعض أجزاء الجنين في إكمال عملية الالتحام الذاتية، ويمكن أن تصيب هذه الاعل مناطق كثيرة من الأجزاء التي تقع في وسط الجسم كالكشفة أو الحنك أو العين أو العمود الفقري، وعلى هذا فالعمود الفقري المفتوح هو علة خلقية تصيب العمود الفقري، ففي الأسابيع الأولى من الحمل تفشل القناة العصبية لتجنين في التطور الطبيعي بحيث لا تتمكن الفقرات العظمية لفقرة أو أكثر من اكتمال عملية الالتحام تحمي الحبل الشوكي ويظل جزء من الألياف العصبية الحبل مكشوفة، ويمكن أن يحدث هذا الشق في أي مكان بين الجمجمة وأسفل فقرة في العمود الفقري.

ومع أن هذه العملية معروفة تماماً إلا أن الأسباب الحقيقية لها ما تزال مجهولة، ويظن أن ذلك عائد إلى تظاهر عوامل وراثية وبيئية تحدث في المراحل الأولى من تكون الجنين وقد يكون من بين هذه العوامل أمراض الأم الحامل وتسممات الحمل.

ويبدو أن نسب حدوث هذه الظاهرة تتفاوت بين بلد وآخر بل وربما من حي إلى آخر ضمن حدود المدينة نفسها، ويقدر أنها تحدث بين 0.1-4 من ألف مولود، وتذكر بعض الدراسات أن النسبة في إرندا حوالي 4-5 لكل ألف مولود بينما





هي في نيجيريا حوالي 0.2 لكل ألف مولود، ويبدو أن هذا الخلل يوجد بين الأسر ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني ويميب الذكور أكثر من الإناث.

تصنيف العمود الفقري المفتوح:

يشير العمود الفقري المفتوح إلى مجموعة من الاختلالات تتراوح بين تلك التي ليس لها تأثير سلبي أو انقيل من التأثير إلى تلك التي يترتب عليها عوائق عجز شديد، ومن الأنواع المعروفة العمود الفقري المفتوح غير الظاهر وهو أخف أشكال هذه العلة وليس له آثار سلبية أو ليس له إلا انقيل منها، والمرض الوحيد الذي يدل عليها هو تجمع كثيف من الشعر يغطي منطقة الشق.

والنوع الثاني من العمود الفقري المفتوح 'الندبي وله شكلان أحدهما بكيس سحائي Meningocele S.B والثاني بكيس سحائي شوكي Myelomeningocele S.B في الشكل الأول يتكون كيس سحائي خارج الظهر تجرى له جراحة في اليوم الأول من الولادة لإعادته إلى العمود الفقري وبعد ذلك لا يكون لهذه العلة أثر يذكر باستثناء ضرورة حماية المولود من ضربة أو رض على المنطقة؛ أما الشكل الثاني فهو الأكثر خطورة إذ يحتوي الكيس على أجزاء من الحبل الشوكي وأسائن الشوكي، وانهشجاء لا تقع في أن الحبل الشوكي يدخل الكيس وحسب ولكنه نفسه يكون غير سوي، والعملية الجراحية ضرورية للإنتهاء من مشكلة الكيس ولكن التلف العمبي لا يمكن تجنبه ويترك آثاراً متفاوتة بتفاوت مكان الشق، فكلما كان الشق في مكان أعلى يكون التلف أكبر، فالشق في الفقرات السفلى ينتج عدم قدرة على ضبط عضلات الإخراج ولكنه لا يكون مصحوباً بشلل، أما إذا كان الشق في الفقرات المرتفعة ينتج عنه شلل وفقد الإحساس في الأطراف السفلى ومشكلات



في ضبط الإخراج ومشكلات تنكوية، وكان الأطفال المصابون بهذه الحالة يموذون في السادة نتيجة الالتهاجات البريلية أو التهاجات الكيس، إلا أن المقدم انطبي ساعد على تحسين نسب الإبقاء على حياة مثل هؤلاء الأطفال.

آثار العمود الفقري المفتوح:

بالرغم من إمكان حدوث العمود الفقري المفتوح كحالة منفردة، إلا أن حوالي 80٪ من الأطفال المصابين بالعمود الفقري المفتوح ذي الكيس السحائي الشوكي يعانون من الاستسقاء الدماغي، ويضاعف التظاهر بين هاتين العلتين من عدد الإعاقات ويتركب الطفل يعاني من الإعاقات المتعددة وبخاصة التخلف العقلي ما لم يتم تصحيح الوضع بالجراحة العاجلة.

وعلى هذا فإنه يمكن القول (فه باستثناء العمود الفقري المفتوح ذي الكيس السحائي الشوكي يتطور الأطفال نظوراً ضيقياً، أما المصابون بالكيس السحائي الشوكي فإنهم يعانون تلفاً عصبياً يتدخل بمظاهر النمو والتطور، وأكثر مظاهر هذا التلف العصبي وضوحاً هو الشلل الترجلي Flaccid للأجزاء السفلى من الجسم بما يدعو إلى استعمال معينات للحركة.

ومن المعلوم أن العمود الفقري المفتوح وحده لا يعيق القدرة على التعلم، فالمصابون بالعمود الفقري المفتوح غير الظاهر يعبرون عن مستوى متوسط من الذكاء ويكونون على سوية مناسبة من التحصيل في المدرسة، ويكون ذوو العمود الفقري المفتوح ذي الكيس السحائي على هذه الشاكلة وبخاصة إذا لم يترافق بالاستسقاء الدماغي، أما الذين يعانون الشكل الخطر من العمود الفقري المفتوح أي ذي الكيس السحائي الشوكي فإنهم بشكل عام ذوو نسب ذكاء تترافق بين المتوسط المنخفض والتخلف العقلي الطفيفة.



الفصل السادس: الإعاقات الجسمية

ومن جهة أخرى يشيع القصور الوظيفي الإدراكي والمعرفي وبخاصة في الحالات التي يصاحبها الاستسقاء الدماغي، ويظهر على هؤلاء الأطفال أداء عام ضعيف في القراءة والتهجئة والرياضيات، غير أن الأكثريّة تمتلك قدرات لفظية جيدة قد تقنع النواقص المعرفية. يضاف إلى هذه المشكلات أن الكثيرين من المصابين بالعمود الفقري المفتوح يعانون مصاعب في التحرك من مكان إلى آخر في المدرسة، فضلاً عن اضطرابهم للتغيب عن المدرسة أياماً كثيرة لغايات الجراحة وأمواعيد الطبية والمعالجة.

ولما كان الأطفال الذين يعانون من العمود الفقري المفتوح ذوي الكيس السحائي الشوكي يفقدون الإحساس والقدرة على ضبط أمعائهم ومثاناتهم وبالأحرار عن أن ذلك يحدث أنه لا يعيق التعلم إلا أنه يخلق عوائق اجتماعية ونفسية للأطفال في المدرسة ويعزلهم عن الآخرين، حيث يبدو ذلك للأطفال الأسوياء كسلوك طفلي غير ناضج ومحمل، ويلاحظ كذلك بأن الأطفال ذوي العمود الفقري المفتوح ينضجون جنسياً بشكل مبكر حيث يستمنون في حوالي الثامنة من العمر والباحثون ما يزالون غير متقنين من سبب لهذه الحالة من الشذوذ الجنسي.

4. الاستسقاء الدماغي:

من الاضطرابات المعروفة التي تدخل في نطاق الاضطرابات العصبية الاستسقاء الدماغي Hydrocephalus وهو حالة تقتصف بتجمع زائد من السائل الدماغ الشوكي في الدماغ بسبب انسداد في مجراه ينتج ضغطاً على الدماغ والجمجمة، وينتج عن هذا الضغط على الجمجمة ترقق العظام، كما ينتج عن هذا الضغط على أنسجة الدماغ تشويه مادة الدماغ وتخریب وموت العصبونات،



ويمكن في بعض الحالات أن يتوقف الاستسقاء الدماغي تلقائياً، إلا أنه في حالات أخرى يتقدم ويخلق ضغطاً متزايداً على الجمجمة، فيحدث التجمع المتزايد للمائل الدماغي الشوكي سلسلة من الاضطرابات يقع في المقدمة منها التخلف العقلي، حتى إن الاستسقاء الدماغي لهذا التسبب يعد عيادياً حالة من التخلف العقلي، ومن نتائج الاستسقاء الدماغي كذلك الاضطرابات الحركية والإعاقة السمعية والبصرية والنوبات الصرعية وربما الموت.

تطور أعراض هذه العلة في الشهر الثالث من العمر حيث تتضخم رؤوس الرضع تضخماً غير عادي وتصبح ثقيلة يعجزون عن حملها، وكانت هذه الحالة تنتهي سابقاً بالموت، إلا أن تطور أنبوب طلي خاص لشفط المائل الدماغي الشوكي الزائد وتقليل الضغط على الدماغ ساعد على تجنب الأطفال الكثير من الإعاقات الشديدة.

آثار الاستسقاء الدماغي:

تتفاوت الآثار التطورية لهذه العلة بتفاوت الحالة من حيث الحدة، ووجود معيقات أخرى أو عدم وجودها ونجاح العلاج، فبعض المصابين قد يحصلون على نسب ذكائية متوسطة أو فوق المتوسط في حين يعاني غيرهم إعاقات عقلية شديدة، وفي الوقت الذي وجد فيه بعض الباحثين ارتباطاً بين درجة حدة الاستسقاء الدماغي ومستويات نسب الذكاء وجد آخرون أن متوسط نسب ذكاء الأطفال المزروعة في أممعتهم أنابيب يتراوح بين 70-84، ووجد كذلك أن الأطفال المصابين يعانون مشكلات تعليمية معينة تنتج وضائفا عقلية متفاوتة، كأن يكونوا أقوياء في النحو والمفردات وضعافاً في الاستيعاب واستعمال اللغة.

5. شلل الأطفال

كان شلل الأطفال Polio حتى منتصف الخمسينيات من القرن العشرين من أكثر الأمراض إثارة للخوف والذعر حيث كان حتى ذلك التاريخ لا شفاء ولا ابتداء منه إلى أن اكتشف مطعوم شلل الأطفال في تلك الفترة، يتسبب هذا المرض المعدي عن إصاب الأنسجة العصبية الخاصة بالحرركة في النخاع الشوكي أو الدماغ وينتج عنه تشوهات في الهيكل العظمي وضعف حاد في العضلات وشلل شامل وأكثر الأفراد تعرضاً له هم الأطفال دون الخامسة ولكنه يمكن أن يحدث في مختلف الأعمار.

هنا حالتان من الإصابة بهذا المرض، حالة بسيطة يمكن أن تكون شافية إذا لم يؤد الفيروس إلا إلى انتفاخ الخلايا والأنسجة الداعمة لها وحالة غير شافية قد تنتهي بالقضاء على الحياة أو بالشلل الدائم إلا تمكن الفيروس من تدمير الخلايا العصبية، وفي كلا الحالتين يلاحظ بأن المرض لا يؤثر على الذكاء ولا القدرات الحسية أو الكلامية ويستطيع المصابون الالتحاق ببرامج المدرسة العادية كما أنهم يستطيعون المشي اعتماداً على عكازات بعد أن يتلقوا المعالجة الطبية الأساسية.

ينبغي للوقاية من هذا المرض أن يحرص الآباء على تطعيم أطفالهم ضد شلل الأطفال حيث يعطى الطفل ثلاث جرعات على دفعات شهرية بعد الشهر الثاني، على أن يصار إلى دعم هذه الجرعات في عمر السنة والنصف وعند دخول المدرسة، وتقوم وزارات الصحة عادة بحملات تطعيم عامة وتوعية للأسر على ضرورة التطعيم.



تقييم وتشخيص الإعاقات العصبية

لا يوجد توافق بين العاملين في مجال التربية الخاصة حول أنماط التقييم التي تستعمل في التقييم النفسي التربوي للأطفال ذوي الإعاقات العصبية، فالقياس في مثل هذه الحالات عملية معقدة بالخصاب حيث يجب إيجاد الوسائل التي تحيط بالإعاقات إحاطة كاملة لتعطي معلومات توضيحية دقيقة .. وعلى هذا فإن على الفاحص ألا يعتمد كلية على الاختبارات المقننة ولكنه يجب أن يستعين بفصيلة Battery متكاملة من الاختبارات والمقاييس، ذلك إن مشكلات كثيرة يمكن أن يثيرها استخدام الاختبارات المقننة مع هذه الفئة من المعاقين، ومن ذلك مثلاً أن قياس ذكاء الأطفال المشلولين دماغياً غالباً ما يكون صعباً لأن تلك الاختبارات مقننة على عينات من الأطفال ذوي القدرات الجسمية السوية، وهذا يعني أن جزءاً كبيراً من مهمات الاختبار التي تتطلب قدرات حركية أو حسية سوية يجب حذفها من الاختبار، وإذا كان لابد من استخدام اختبار مقنن فينبغي استخدامه بكثير من الحذر والتبصر على ألا يشكل إلا عنصراً واحداً من فصيلة اختبارات، إذ أن استخدام الاختبار منفرداً قد يؤدي من النتيجة بسبب أوجه قصور الطفل ويعطي الانطباع بوجود إعاقة عقلية.

ومن المفيد في حالات الإعاقة الجسمية تعديل إجراءات التحليل كإن تحذف الاختبارات اللغوية عن الاختبار أو الاستعانة بالمعالج الوظيفي أو المحكمي لمساعدة الطفل على التعامل مع المهمات الاختبارية للوصول إلى أقصى إمكاناته، كما أن الضرورة تقضي بالإضافة إلى قياس الذكاء قياس تحصيل الطفل الأكاديمي وقدراته الاجتماعية والانفعالية واللغوية، ويمكن في ضوء هذا





الفصل السادس: الإعاقات الجسمية

التقييم الشامل اتخاذ قرارات سليم في إحلال الطفل وتخطيط برنامجها التعليمي المناسب لحالته.

التدخل العلاجي :

يتجاوز التدخل العلاجي في الإعاقات الجسمية المعالجات الأكاديمية والتربوية، إذ يجب أن يتلقى المصابون العون من الطبيب العام والطبيب المختص والمعالج الوظيفي والمعالج الطبيعي والمربين وإخصائي الكلام واللغة والمرشدين أنفسهم؛ ويسبب عدم إمكان مهنة واحدة على الحاجات المتعددة طبيياً واجتماعياً وتربوياً لذوي الإعاقات الجسمية فقد نشأ فخصص طبي جديد لهذه الغاية يعرف بحلب الأطفال التطوري يشترى التشخيص والمعالجة والإرشاد فيه مختص في اندبه التطوري ذو فهم شامل بحاجات الفرد والأسرة.

التدخل العلاجي الطبي :

الإعاقات الجسمية في الجوهر حالات طبية اخترعت لها سلسلة طويلة من الابتكارات والاختراعات بحيث لم يعد العري أن يفعله سوى تعليم وظائف التواصل والحركة والمعرفة.

ومع أن الشلل الدماغي علة غير تقدمية وغير قابلة للشفاء إلا أن التدخلات الطبية ضرورية، فتلقص العضلات المستمرة وقصر ألياف العضلات، والأوتار والأربطة التي تسبب ضعف حركة المفاصل وتثبوت الهيئة الجسمية هي أمور عامة في حالات الشلل الدماغي، ويمكن بالجراحة تسهيل تقصص العضلات وتصحيح ما هو في غير مكانه التصحيح بل يمكن بالجراحة إصلاح المفاصل والإقلال من خطر التهابها.



أما العلاج الطبي في حالة الصرع فأقل اتساعاً مما هو في حالة الشلل الدماغي ويركز مبدئياً على ضبط النوبات، ويمكن بالمعالجة بالعقاقير السيطرة على 50٪ من النوب الصرعية الكبرى وحوالي 40٪ من النوب الصرعية الصغرى وحوالي 35٪ من النوب النفسية الحركية، كما يمكن بالعقاقير الإقلال من مرات النوب الصرعية الكبرى والصغرى بنسبة 35٪ والنوب النفسية الحركية بنسبة 50٪، والهدف المبدئي من استخدام العقاقير المعتادة للنوبة هو الحصول على السيطرة القصوى للنوبة مع أقل استخدام ممكن للعقار وأقلها آثاراً جانبية.

المعالجة الحسية:

يمكن استخدام المعالجة الحسية والوظيفية والكلامية في حالات الإعاقات الحسية، وقد أصبح المصابون بالشلل اندماغي حديثاً يستجيبون للمعالجة الحسية وأصبحوا يقومون بأفعال لم يكونوا قادرين على القيام بها، حيث يمكن بهذه المعالجة منع مشكلات حسية كتصلب العضلات: أما الأطفال المصابون بالعمود الفقري المفتوح فيحتاجون معالجة حسية ووظيفية حثيثة.

المعالجة التقنية:

يحتاج ذوو الإعاقات الحسية معينات تقنية لتحسين قدرتهم على التنقل مثل كراسي العجلات، وانعكازات والرباطات، ويحتاج الذين يستخدمون كراسي العجلات مساعدة في تحديد أماكن لهم وتحريكهم، ولابد من أن يعلم المعلمون عمل هذه التقنيات، ويترتب عند تحريك الكرسي أن يخبر المعلم الطفل ما الذي يحدث باستمرار، ثم إن توقيع أماكن الكرسي مهم، فالأطفال ذوو العمود الفقري المفتوح مثلاً ينبغي ألا يوضعوا بجانب مولدات الحرارة لأنهم لا

يستطيعون انشعور بالحرارة ويمكن أن يتعرضوا 'لحروق' الحسية، والأطفال الذين لا يستطيعون الكلام الواضح يمكن أن يكونوا قادرين على التحكم بحركات رؤسهم وفي هذه الحالة يمكن تثبيت عصا تأشير إلى حركات يلبسونها ويستخدمون هذه العصا للتأشير والتحريك والرسم والحساب والتواصل عن طريق آلة كتابة كهربائية أو كمبيوتر، ويستطيع الأطفال الذين يؤثرون بأيديهم أو بالعصا المثبتة في حركات الرأس استخدام رموز Bliss وغيره من الأنظمة التصويرية كبدل عن الكلام.

وتقدم الكمبيوترات خدمات كبيرة للأطفال المعاقين جداً. هياً إذ يمكن أن يستخدموا كمبيوترات تتركب الكلمات مثلاً لتساعدهم على القراءة والكتابة، فمثل هذه الكمبيوترات تستخدم مع الأطفال البكم لتساعدهم في التواصل بالصوت، وهناك أيضاً البرمجيات التي تبرمج الكمبيوتر على استقبال الأوامر وإطاعتها، وقد تنوعت الابتكارات التقنية التي تساعد الأطفال على القيام بواجباتهم الحياتية اليومية كالأكل واللبس وتفرغ الأستن.

التدخل العلاجي التربوي:

الهدف من التقييم في الإعاقات العصبية كحماً في غيرها من الإعاقات هو تحديد البيئة التربوية التي ينبغي إحلال، لطائب فيها وتحديد أفضل البرامج التربوية التي تتماشى مع قدراته وحاجاته.

البيئة التعليمية:

كانت انصورية السابقة للأطفال المعاقين جسدياً لا تأخذ بالحسبان الاهتمام بتربية هؤلاء الأطفال وتعلمهم وتلبية حاجاتهم باثرفهم من امتلاكهم



لسلسلة واسعة من القدرات والقابليات واحتياجات التربية توازي في بعض الحالات ما لدى زملائهم الأسوياء منها إذ أن أكثريتهم كانت تتركز في الصفوف الخاصة أو اندارس الخاصة، وقد لا يكمن السبب وراء ذلك في القابليات التعليمية نهؤلاء الصغار بمقدار كون المدارس غير معدة من حيث بيئتها المادية والتعديلات اللازمة والمعدات التقنية والمتمهين المختصين لاستقبال مثل هذه الحالات وتعليمها، ويكمن الاعتماد السائد أن يقل هؤلاء الطلاب وتجميعهم في مدارس مركزية تزود بالمعلمين والمعلمين وغير ذلك من أصحاب العلاقة يقلل من كلفة تعليمهم من الناحية الاقتصادية، ثم إن قهينة بيئة المدرسة الخاصة المادية لتتناسب وطبيعة حركة المعاقين جسدياً حيث تخلو من عوائق الحركة أمامهم أيسر من إدخال التغييرات على جميع الأبنية المدرسية.

غير أن النظرة الحديثة نحو المعاقين جسدياً يصرف النظر عن الفئة التي تشتملهم تقوم على أساس أن هؤلاء يرغبون ويحتاجون فيها مع حاجات زملائهم ورغائبهم، وأن الإعاقة الجسمية بحد ذاتها لا تسوغ الإحلال في صف خاص؛ فبالرغم من أن المعاقين جسدياً قد يحتاجون مساعدة خاصة من أداة أو جهاز ما إلا أنهم يمكن أن ينتفعوا من نفس الممارسات التعليمية والمهاجية كغيرهم من زملائهم: بمعنى أن حاجة بعض الطلاب لمساعدة خاصة ينبغي ألا تحل دون دمجهم مع غيرهم في الصفوف العادية أو في أقرب بيئة تعليمية إليها لكي لا يحرموا من حقهم في التعامل الاجتماعي مع الآخرين، ونتيجة لذلك أصبحت الصفوف الخاصة هذه الأيام في الدول المتقدمة تخصص للطلبة الذين يعانون بالإضافة إلى الإعاقة البصرية إعاقات إضافية إدراكية أو معرفية أو لغوية.





المنهاج وأساليب التعليم:

إمعاناً في اتوجه نحو دمج المعاقين جسدياً في الصفوف العادية فإنه لم نعد نوضع لهم مناهج خاصة باستثناء بعض الإضافات الضرورية على المنهاج العادي لتعليم مهارات معين في العزف الذاتي والتدريب على الحركة ومهارات قضاء وقت الفراغ ومهارات النطق والتأكيد على المهارات اللازمة للتنسقة، إذ يتوقع من هؤلاء أن يتعلموا ما يتعلمه غيرهم من الطلبة مع الاهتمام بإجراء بعض التعديلات في أساليب التعليم عند اللزوم، كما يتوقع منهم أن يسيروا في جميع النشاطات الصفية، فحرمانهم من النشاطات دونها ضرورة لهذا الحرمان يمكن أن يعمق من آثار إعاقاتهم جسدياً ونفسياً وبخاصة للطلبة الذين يستخدمون مقاعد العجلات، فزيادة الحماية كتنقصها كلاهما يترد بآثار سلبية على الطفل، ولهذا يجب على المعلم ألا يبالغ في حماية الطفل ولا يجعله يضرب في نفسه الاعتمادية على المعلم أو على زميل سليم الجسم.

ولابد من الحيولة دون تدخل الإعاقات الجسمية في التحصيل التربوي وإنعكاسها عليه انعكاساً سلبياً، فبالرغم من أن المعاقين جسدياً يتعلمون وفق المنهاج النظري المعتاد قدر الإمكان إلا أن عدم إشراكهم في النشاطات الحركية في الملاعب والساحات المدرسية واورحلات المدرسية خوفاً عليهم وتحسباً من تعرضهم للأذى يحرمهم من بعض الخبرات التي قد تدني من مستوى تحصيله، ويترتب على المعلم أن يأخذ في حسبانته أن الإعاقة قد تحول دون تمكن الطفل من تحريك المواد التربوية بالطريقة التي يحركها بها الأطفال الأسوياء جسدياً، كما ينبغي مراعاة وجود بعض المعاقين جسدياً الذين يعانون صعوبة في انطق السليم ولهم أن يستتالية تكون أفضل بكثير من لغتهم التعبيرية إذ



يعرفون ويمهمن أفضل مما يتكلمون ويعبرون، الأمر الذي يدعو لأن يعرف المعلم طرق التواصل باللغة الرمزية كطريقة بليس Blis أو اللغة الإشارية لئلا ينمط من مستوى تحصيل الطفل نتيجة عدم قدرته على التعبير عن معارفه.

أدوار الأباء والمعلمين:

بفعل يكون الوالدين أول من يحتك بالطفل ويلاحظ تصرفاته وإيهما معنيان بالتبصر في أحوال الطفل الجسمية والسلوكية، إذ ينبغي أن يكونا حذرين تجاه أي تصرف قد يفسر بأنه غير سوي كالرضاعة والإخراج وعدد ساعات النوم وطريقة التنفس، فكما ينبغي أن يهتما بالمظهر الخارجي لجسم الطفل لوجبنا إنشاء الطبيب لكل ما يستدعي الانتباه إليه ويجب العناية التامة بإعطاء الطفل المتاعيم المختلفة وفي أوقاتها التي يحددها الطبيعة على بطاقة خاصة بالطفل، وعند ظهور حالة مرضية ينبغي أن يتعاون الوالدان مع الطبيب فيعطيه الأدوية في مواعيدها ويراقبا حالة الطفل، ولا يستطيع الوالدان القيام بهذه الأدوار إلا إذا كانا على وعي بها وكانا يسترشدان في موافقهما بأراء مؤسسات أو هيئات مختصة.

أما المعلمون فيقومون بأدوار هامة أخرى بالإضافة إلى تعليم الطفل وتربيته تتمثل في كيفية التعامل مع ذوي الاختلالات الجسمية، فمن الجدير بالمعلم أن ينتبه إلى المتصابين بالصرع فالنوب الصرعية الكبيرة يمكن أن تحدث في أي وقت في المدرسة، وإذا حدث فإنها تخيف من يشاهدها وتشكل محنة لصاحبها، حيث يمكن للمعلم أن يسهل الموقف بمحاولة الحفاظ على السرية في أثناء النوبة وبعدها، أما إذا كانت النوبة ذات أعراض حركية منتفزة فإنه يترتب على المعلم عندما تبدأ النوبة أن يحافظ على هدوئه ويطمئن الصلاب الحضور وأن يساعد



الفصل السادس: الإعاقات الجسدية

المطل من التمدد ويبعد الأثاث ويحرر الطفل من الأربطة الشبكية ويهيل الرأس إلى أحد الجانبين لتصرف الألعاب بعد أن يضع تحته أي شيء علوي مكسوادة ويترك النوبة تأخذ مداها ولا مانع من ترك الطفل مرتاحاً إذا رغب في ذلك، مهما يجدر بالمعلم ألا يحاول الإمساك بالطفل ووقف النوبة أو تمديده على معدته أو أن يضع أي شيء في الفم أو يضاهه جالساً في مقعده، وتعد التمارين أمراً هاماً للمصابين بالتصراع وينبغي إجراء موازنة بين اشتراك الطفل فيها واحتمال ظهور مشكلات نفسية تنجم عن التقييدات غير الضرورية.

وإذا كان الأطفال يعانون من شلل دماغي فيجب أن يعي المعلم أنهم مفيدون في حركتهم وأن عليه أن يساعدهم في حركة كراسيهم النقاية وكذلك في المنبس أو أناكل أو غير ذلك من الفعاليات من مثل ما يلي:

- التأكد عند تحريك الكرسي من أن الأرجل في مكانها الخاص في الكرسي.
- إخبار الطفل بكل ما ينوي المعلم القيام به سواء في إجلاسه أو تحريك كرسيه.
- عدم تقريب الكرسي من مصادر الحرارة.
- استعمال مساطر وأدوات ممغنطة على طاولة الكرسي.
- إعادة ترتيب جلصة الطفل كل نصف ساعة على الأكثر.
- عدم سحب الطفل من ذراعية ولكن من أبطيه.
- التأكد عند إجلاس الطفل على المقعد في الصف من ملازمة القدمين للأرض وانحناء التركبتين وإظهار مستند.
- المنبس الطفل بدءاً من الجهة المصاية.





ويقال مثل ذلك في الحالات المرضية الأخرى التي تستدعي العناية الخاصة
وتمتضي من المعنم أن يستمع إلى إرشادات الطبيب حول كيفية التعامل مع كل
حالة على حدة، بحيث يصبح عوناً للطفل وجانباً عليه بما يرفع من معنوياته
ويحسن من موقفه النفسي دون أن يصل به إلى حد التدليل والاعتمادية.



الكتاب السابع

الكتاب



7



عدم اهتمام بوجود الأم ومتابعتها بصرياً ، كما أنهم يميلون إلى الحفاظ على الرتبة والروتين في البيئة المحيطة والإبقاء عليها كما هي دون إحداث أي نوع من التغيير فيها ؛ كما يشعرون بالسلوكيات المثارة ذاتياً كالهززة والدوران السريع والمضرب بالذراع بعنف ، كما يأتون بسلوك مدمر كضرب الرأس أو اليد في الحائط أو أي شيء ثابت أمامهم إلى جانب أن الطفل يعرض نفسه أو يؤذي ذاته.

تعريف الاضطراب التوحدي:

توجد تعريفات كثيرة ومتعددة في تحديد معنى انطافل التوحدي ؛ فسمي بالطفل التوحدي ، وذلك لأنه منغلق على ذاته ؛ وآخرون سموه بالطفل "الاجتراري" لأنه يجتر نفس السلوك أو نفس الكلام بنفس الطريقة ، وسماء آخرون بالطفل التوحدي ، لأنه يحب أن يظل بمصرده طوال عمره ولا يحب الاتحاد أو التوحد مع أحد غير نفسه.

هذا ويكثر القول بأن التوحد هي (الإعاقة الغامضة) وذلك بسبب ما يوجد من تفاوت بين مستوى المهارات المختلفة لدى الأطفال مما يحير في فهمهم وكيفية التعامل معهم ، فأحياناً يشوم الأطفال التوحيديون بأعمال صعبة وأحياناً أخرى يعجزون عن القيام بأمور بسيطة.

ويمكن أن نعرض بعض أهم التعريفات فمثلاً ؛ عرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية عام 1994م على أن الاضطراب التوحدي هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على





التمثيل السابع: التوحد

'الأداء في التعليم وفي بعض الحالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار ألي لمشاعل معينة من كلمات محددة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات.

وقد عرفه المؤتمر Autism الذي عقد في إنجلترا على أنه 'اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم وتتمركز الأضرار التي تأصل من هذا الاضطراب في الآتي:

- ضرر في العلاقات الاجتماعية.
- مشكلات في سائر أنواع التواصل المختلفة سواء كان ذلك لفظي أو غير لفظي.
- مشكلات في رؤية العالم من حوله ومشكلات تعلمه من خبراته.
- مشكلات في التخيل والإدراك والنعيب وبعض القدرات والاهتمامات الأخرى.

ويعد الاضطراب التوحدي هو ثالث أكثر الإعاقات للمائة تمقيداً وصعوبة على مستوى التعلم.

ويصنف دليل التشخيص الإحصائي الثالث المعدل التوحدية تحت الاضطرابات السلوكية حيث تتميز هذه الاضطرابات بالاصابة للتوحد باضطرابات حادة في السلوك سواء كانت فسيولوجية أو سيكولوجية أو شخصية من ميول إنسيابية ومشكلات في التواصل حيث يكون العلاج شديد الصعوبة.





وقد عرفت التوحدة أنها: انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص بالخيالات والأفكار، والشخص الاجتراري ذو شخصية مغلقة، وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالا كاملا بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها إلى حد كبير في الخيال.

وقد عرفها جيلبرج بأنها زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وبمصوبة بدرجة ذكاء منخفضة وأكد على حقيقة أن التوحدة، غالبا تتسم بشذوذ وعدم سواء في التفاعل الاجتماعي.

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحدة:

التوحد هو نوع من الاضطرابات النمائية والتي تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتاج لاضطرابات نيروولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيصبح التواصل اللغوي والاجتماعي صعباً عند هؤلاء الأطفال، فهم دائماً يكررون حركات جسمية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.

وقد عرفه البعض بأنه: نوع من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها وإلى مدى حياته، تؤثر على جميع جوانب نموه وتبعده عن النمو الطبيعي، ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات على التواصل سواء كان تواصلاً لفظياً أو تواصلاً غير لفظي، وأيضا على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد المصابين بالتوحد، ويظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويفقده التواصل والاستفادة ممن حوله





سواء أشخاص أو خبرات أو تجارب يسر بها ، وهذا النوع من الاضطرابات لا شفاء منه وقد يتحتم بالتدخل العلاجي المبكر.

إن الأطفال المصابين بالتوحد غالباً ما تكون بينهم أقل تفاعلية وأكثر جموداً أو انطوائية وغير اجتماعية مما يجعل الطفل شديد الانطوائية مما يؤدي إلى صعوبة أو عدم الرغبة في التفاعل مع الآخرين.

ولقد كادت معظم الدراسات أن هنالك خصائص وسمات محددة للأطفال المصابين بالتوحد وهي:

1- أنهم أطفال انطوائيين.

2- لديهم عجز واضح في التواصل.

3- غالباً ما يكونون لآباء مثبدين انفعالياً.

4- أطفال شديدو الانطواء.

5- أكثر ثوقراً وعصابيون.

وأول من وصف أعراض التوحد عند أحد عشر طفلاً كان ليكانر وسمها أعراض التواصل الالة عالي الذاتية وذلك في عام 1943 ثم تبني مصطلح التوحد الطفولي المبكر مشدداً على أن السلوك التوحدي يتم في مرحلة مبكرة من انعمى الرضاعة الأولى وقد أصبح مصطلح التوحد الطفولي ومرادفاته مثل توحد مرحلة الطفولة والتوحد أو الذاتية الطفولية والطفل التوحدي أو الذاتوي مقبولة لدى العديد، للإشارة إلى هذا الحالة المرضية من اضطرابات النمو المنتشرة أما مصطلح النمو غير النعطي فيستخدم لوصف المرضى الذين تكون عندهم أعراض أقل خطورة وأقل شدة.



أما مصطلح الذهان التكافلي فيستعمل لوصف الأطفال الذين تكون علاقاتهم بالآخرين سطحية بالمقارنة مع علاقات التوحدين أما مصطلح التخلف الكاذب أو شبه التخلف فيستعمل حين يتم التشديد على التشخيص الفارقي بين التخلف العقلي والتوحد الطفولي والمتخلف عقليا يبدي عجزاً في التواصل وفي تكوين علاقة مع المهمات والموضوعات وقد تبين أن أكثر الأطفال التوحديين هم متخلفون عقلياً.

أما المصطلح أكثر عمومية ولكن أقل تحديداً وتعريفاً وتمييزاً فهو الذهان الطفولي ومرادفه هو ذهان مرحلة الطفولة الذي استخدم بشكل واسع ومنذ الوقت الذي وصفت فيه الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين اللاحقة التشخيصية الإكلينيكية للاضطراب الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والثالث المعدل للأمراض النفسية (DSM III) وذلك عامي 1980 - 1987 على التوالي معتبرة أنه اضطراب في النمو ولم يعد ينظر إلى الاضطراب على أنه ذهان كما لم يعد يفكر إلى أعراض التوحد والذهان على أنهما مترادفان.

أما المصطلح الأخير الذي استعمل للإشارة إلى الأطفال التوحدين أو المتطوين على ذاتهم فهو مصطلح فصام الطفولة إلا أن العديد من الباحثين لم يقبلوا هذا المصطلح وشددوا على أن التوحد يختلف بشكل واضح عن الفصام بالرغم من أن العديد من العلماء لا يوافقون كانوا على فهمه للاضطراب إلا أنه أشار إلى أهم الصغيات التي تميز الطفل التوحدي بدءاً بوحداًنية أو انعزالية متطرفة مع التي يعانها تظهر منذ الولادة وتعزى إلى عوامل بيولوجية أكثر منها اجتماعية إن وحدانية الطفل التوحدي منذ بدء حياته تجعل من الصعب تحديد



الفضل السامع، اتوحد

المسودة الخاصة لنمط العلاقات انشائية المبكرة لهؤلاء المرضى، وعلينا أن نتخبر أن هؤلاء الأطفال يعانون عجزاً قوياً، مذهباً بيولوجياً في تواصلهم مع الناس وحالما يأتون للعالم تظهر عليهم الإعاقات الجسمية والعقلية القسرية وقد حلل كبار الصعوبات الاجتماعية للطفل التوحدي ولاحظ أن هؤلاء الأطفال يمكنهم التفاعل مع الموضوعات، ولكنهم يجمعون عن التفاعل بحيث أن هذا العجز يدخل بشكل أساسي في العلاقات الشخصية أو التبادلية حيث قال يستطيع هؤلاء الأطفال تكوين علاقات مع الموضوعات، والاحتفاظ بهذه العلاقة ويمكنهم منذ البداية يبدو عليهم الإنزواء والابتعاد عن الناس حيث لا يمكن أن يتواصل فعال

بالرغم من أن هؤلاء الأطفال يرتبطون بالموضوعات والأشياء أكثر من ارتباطهم وتفاعلهم مع الناس فإن مشكلاتهم ليست في حاجتهم للنوعي (أو نقصان النوعي عندهم) لأنهم على دراية ووعي بالآخرين ووجودهم ولكنهم محدودون في تفاعلهم معهم وقد لاحظنا أكثر أنه على الرغم من رغبتهم في البقاء وحيداً ونمطيتهم وتفصيلهم اللعب بالشيء نفسه إلا أنهم يتقبلون عدداً محدوداً من الناس يمكن أن يخرجهم من العزلة وأن هذه الاجتماعية تزداد مع تقدمهم في العمر، وسوف نلاحظ أن هذه النتائج قد أجعلنا دراسات عديدة واستندت إليها في تطوير برامج الرعاية والمهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين.

أما أصحاب الاتجاه التحليلي النفسي فقد فسروا التوحد على أنه انسحاب قصدي من الواقع وأن العلاج يجب أن يركز على الأطفال أنفسهم وعلى الوالدين الانعزاليين وإطلاق المشاعر بحرية، وقد أكدوا على أن سلوك الأطفال التوحديين





هو سلوك هادف معارض وسلبى، وفي عام 1967م قام التحلل النفسي بتهام بعزل هؤلاء الأطفال عن والديهم مؤكداً أن الوالدين الراضين والباردين يعتبران السبب الرئيسي في توحيد أطفالهم وإنغلاقهم على ذواتهم مشدداً على ضرورة انبرامج التربية والمداخلة العلاجية التي تساعد هؤلاء الأطفال على إخراج العدائية الوالدية اللاشعورية.

معنى الاضطراب:

لقد اعتمد كاذر على نمو العلاقات الاجتماعية للتمييز بين الأطفال المصابين بالفصام والمصابين بالتوحد فبينما يتصف الأول بالانسحاب وضعف العلاقات الاجتماعية، بينما التوحدون غير قادرين على إنشاء مثل هذه العلاقات ويعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية أول من أدخل اضطراب التوحد إلى قائمة الاضطراب النفسية تحت اسم التوحد انطوائي باعتباره أحد اضطرابات مرحلة الطفولة وبذلك يكون المعيار الذي وضعه هذا الدليل لتعريف الاضطرابات وتشخيصه قد حل مشكلة الخلاف السابقة بين العلماء والمختصين حول تحديد طبيعته وقد ذكر الدليل التشخيصي ستة معايير لتعريف الطفل التوحدي وثمة خصيه هي:

- 1- يبدأ الاضطراب قبل الشهر الثلاثين من العمر.
- 2- تنقصه الاستجابة لتناس الآخرين (انطوائي على ذاته بشدة).
- 3- عجز واضح في نمو اللغة.





الفصل السابع: التوحد

4- أنماط متميزة وغريبة من الكلام إذا وجدت كأن تكون آتية أو

متأخرة أو على شكل ترديد بغاوي لما يقوله الآخرون.

5 'استجابات شاذة وغريبة نحو بيئته مثل مقاومة التغيير واهتمام متميز

رابطة قوية بالأشياء والموضوعات الحية والجامدة.

6- لا توجد هلوسات أو تبهيمات كما في الفصام.

ويعرف اورنتز (1989) التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو انشديدة في

السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضعة أو خلل عصبي ثابت أو

تغيرات بيوكيمائية أو أيضية أو علامات جينية، ويحد افتراض عدداً من العوامل

المسببة للاضطراب بعضها قبل الولادة وبعضها ولادية وبعضها الآخر بعد الولادة

وأنها تحدث خلافاً في الملح وأن ربع الحالات تعود لمثل هذه العوامل إن أكثر

المصابين هم متخلفون عقلياً وتتضمن المتلازمة السلوكية للاضطرابات الأعراض

التالية:

1- اضطراب في العلاقات مع الآخرين.

2- اضطراب في التواصل واللغة.

3- اضطراب في الاستجابة للموضوعات والأشياء.

4- اضطراب في السلوك الحسي.

5- اضطراب في الحركة.

وهذه الأعراض يلاحظها أهل بسهولة خلال السنوات الخمس الأولى من

حياة الطفل ولكنها خلال الطفولة المتأخرة والمراهقة قد تتغير حيث نلاحظ بعض





التغير في هذه اللوحة، السريية وبالنسبة لأكثر الأطفال الذين يعانون من اضطراب في اللغة تستمر الحالة عندهم على شكل اضطرابات زائدة توحد، إن هذه العناصر التشخيصية الخمسة قد اعتبرت بمثابة وحدة إكلينيكية لتشخيص الاضطراب سميت اضطراب النمو المنتشر الذي يبدأ في الطفولة ويرمز له اختصاراً (Cop. DD) في حين أن المعيار الذي وسعه الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM, IV) للاضطراب لم يتضمن الاضطراب في السلوك الاجتماعي والسلوك الحركي.

توصل العلماء أخيراً إلى مفهوم للتوحد يشير فيه إلى أن التوحد هو اضطراب في النمو العصبي مما يؤثر على التطور في ثلاث مجالات أساسية يعرفها البعض بثالوث الأعراض وهي:

- عدم فهم بالمحيطين بهم مع عدم قدرة على الارتباط وقصور في إدراك للوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه.
- ضعف وتأخر في النمو اللغوي مما يؤثر على عدم القدرة لاستخدام اللغة.
- انزوتية في الأعمال والإصرار عليها بوثيرة واحدة.

هذا ويشير لورد ريزي (2000) إلى أنه توجد خمسة أنواع من اضطرابات

خفيف التوحد وهي:

- 1- اضطراب التوحد.
- 2- متلازمة اسبرجر.
- 3- اضطراب أو متلازمة ريت.
- 4- اضطراب الانتكاس الطفولي.



الفصل السابع: التوحد

5- الاضطرابات النمائية الشاملة وغير المحددة.

كما وأنه توجد عدة اضطرابات مصاحبة أو مقترنة بالتوحد وهي:

1- الاضطرابات النفسية الذهنية المقترنة بالتوحد.

2- الاضطرابات العصبية المقترنة بالتوحد.

3- الاضطرابات أو القصور الحسي المقترن بالتوحد.

4- الاضطرابات الكروموزومية الجينية المقترنة بالتوحد.

انتشار الاضطراب:

يعتبر التوحد اضطراباً نادراً يحدث نسبياً ويتدرج بحوالي 2- 5 ولادات من كل 10 آلاف ولادة وبسبب عدم الاتفاق على تعريف الاضطراب فإن ما كتبته من أبحاث حول انتشاره غالباً تتضمن دراسة الأطفال الذين يتصفون بخصائص وصفات مختلفة أحياناً، إلا أن الدراسة التي قام بها جيلبرج 1984 والتي استعمل فيها معيار روتر لتشخيص التوحد والذي يشبه المعيار الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية في تشخيصه للاضطراب، وقد استعمل في دراسته أطفالاً من مناطق قروية في العايد لأكثر من 15 سنة، ووجد أن معدل حدوث اضطراب التوحد الطفولي خلال هذه الفترة كان بمعدل 2- 5 لكل 10 آلاف طفل وتدل هذه الدراسة على أن حدوث الاضطراب أقل من تلك التي توصلت إليها الدراسات الأخرى.

لقد توصلت بعض الدراسات إلى أن نسبة الاضطراب ما بين 4- 5 حالات

من كل 10 آلاف ولادة.



مدخل إلى التربية الخاصة



وباستخدام المقارنة صنف وينغ الأطفال الذين يعانون من النمطية الروتينية المتكررة. في السلك عن أولئك الذين لا يظهرون مثل هذه النمطية، وتبين أنه أن المجموعة الأولى (ذوي السلوك النمطي) لهم تاريخ سابق في التوحد النمطي، وينسبة 9.4 لكل 10 آلاف طفل، أما المجموعة الثانية فكانت النسبة 16 لكل 10 آلاف طفل، أما بالنسبة لمعدل الحدوث الكلي للأعراض الثلاثة مجتمعة (الصمت - انترديد اللفظي والنمطية الشكافية في السلوك) فكانت بحدود 21 لكل 10 آلاف حالة. إن هذه النتائج تدعم الفرضية القائلة بأن اضطراب التوحد يحدث على طول خط متصل وبدرجات متفاوتة من الشدة وأنه في الحالات متوسطة الشدة تكون نسبة حدوث الاضطراب أعلى من نسبة حدوث الخطيرة منها.

إن التقديرات المتنوعة تشير إلى ارتفاع نسبة حدوث الاضطراب متوسطة الشدة والخفيف بالمقارنة مع الشديد والخطير منها.

وأشارت بعض الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أنه يوجد على الأقل 360.000 فرداً مصاباً بالتوحد، ثلثهم على الأقل م الأطفال، كما أوضحت الدراسات بأن التوحدية تأتي في الدرجة الرابعة من بين الإضافات.

والتوحد هو أحد الإعاقات السمائية التي تؤثر على قدرة الشخص على الاتصال وفهم اللغة، التفاعل مع الآخرين، أداء الأدوار.

وبعد التوحد أعراض سلوكية فالشروط ليس منها وأنه غير معد وهي إعاقة عصبية ظهرت ووجدت منذ الميلاد وتظهر دائماً قبل عمر الثلاث سنوات وهو يؤثر





على العمليات العقلية والمخ وتعد أسباب التوحد مجهولة حتى الآن ولكن افترض
أن هناك عدداً من الأسباب المتعددة.

تشخيص الاضطراب؛

ويعتبر تشخيص الاضطراب التوحدي مشكلة شديدة التعقيد وذلك
لصعوبة تمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوي التخلف اللغوي أو الأحمق إلى أنه انين
أو الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة وترجع الصعوبة في ذلك التمييز
أو التشخيص هذه الفئة هي تداخل أعراض الفئات السابقة.

كان ليو كانر أول من وصف هذا الاضطراب في بداية الأربعينات من
القرن العشرين: وهو يشير إلى الاختلالات والاضطرابات التوحدية التي توجد في
الاتصال الوجداني ووجد أن هناك أعراضاً تظهر عند مجموعة من الأطفال تجمع
عند عجز الفرد عن التوافق مع الناس بالممارق العادية وبالقدر الكبير من
انتعاش في استخدام اللغة، حيث يميل الطفل إلى تكرار ما يسمع بدلاً من أن
يستجيب له: وإلى أن يستبدل الضمائر فيستخدم ضمير أنت بدلاً من أن يستخدم
الضمير أنا حسبما يقتضيه المعنى مع الميل إلى حفظ مواد ليس لها قيمة وبدون فهم
دقيق لمعانيها، مع تفضيل الكائنات غير الحية على الكائنات الحية.

وقد اعتمد كانر على وجود هذه المجموعة من الأعراض وقال بوجود زملة
مرضية وقد أطلق عليها التوحدية الطفلية وقد كان هؤلاء الانتقال قبل ذلك إما
أن يشخصوا كمتخلفين عقلياً أو أن يشخصوا كفصاعيين واه، تميز الخلط بين
التوحد والفصام حتى ظهرت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي





للاضطرابات العقلية (DSM-III) عام 1980 والتي حسنت الخلاف الدائر حول ارتباط التوحد بالقصام حيث اعتبرت أن كلاهما كياناً مرضياً مستقلاً. ويتميز الاضطراب التوحدي حسب ما جاء بالدليل التشخيصي والإحصائي بالغسل في تنمية علاقات بيئية شخصية، ونقص الاستجابة ونقص الميل نحو الناس، ويتبع ذلك الغسل فشل في تنمية سلوك التعلق العادي بالآخرين: كما أن انقل التوحدي يفشل في الاستجابة لسلوك الاحتضان من جانب الأم أو الآخرين، ونقص كل من الاتصال البصري والاستجابة الوجهية والاتصال الجسدي وباللامبالاه ونقص العاطفة، ونتيجة لذلك فإن كثير من الآباء يشكون في البداية في أن الطفل مصاب بالعمى ويتعامل الطفل مع الكبار على أنهم قابلين للتغيير، وقد يتعلق تعلقاً ميكانيكياً بشخص معين.

الطفل ما بين 3-5؛

عندما يدخل الطفل التوحدي مرحلة الطفولة المبكرة (3-5) لا يستطيع ممارسة اللعب مع الأطفال الآخرين ولا يتمكن من تنمية صداقات معهم. كما يفشل في تنمية علاقات مع الآخرين على نحو يتناسب مع المستوى النمائي الذي يتفق مع مستواه العمري.

ويضيف الدليل التشخيصي والإحصائي إلى الأعراض السابقة، ما يلي: نقص التبادلية الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين وتفضيل الأنشطة الانعزالية، والتعامل مع الآخرين باعتبارهم أدوات أو وسائل ميكانيكية لأن وعي انشخص التوحدي بالآخرين متضرر بشكل كبير لغياب البعد الإنساني عن هذا الوعي.





الفصل السابع: التوحد

ويتضمن عطب التواصل بالأخرين التضرب الكبير في المهارات اللفظية والمهارات غير اللفظية؛ بل إن اللغة قد تغيب تماماً، ولغة التوحيدي بصفة عامة تتميز ببناء اقواعد أو انهاء التحوي على صورة فجة غير فاضحة، وقلب الضمائر وعدم القدرة على فهم المصطلحات المجردة، وانتهاء أي جملة عادية بلهجة التساؤل كما ينضمّن التواصل غير اللفظي النقص في التعبيرات الوجهية المناسبة من الناحية الاجتماعية، وكذلك من مظاهر التصبر من التوحد عجز الطفل عن اللعب التخيلي، اللعب التلقائي واللعب المنوع أو اللعب القائم على التقليد الاجتماعي الذي يتفق مع المستوى النمائي المفترض لعمر الطفل نتيجة عدم فهمه لمعنى اللعب ودلالة الموقف ويتفق هذا السلوك مع الميل التوحيدي الواضح المتمثل في الأنماط السلوكية الجمدة المكررة والمحددة.

ومن محركات التشخيص الأساسية في التوحد، السلوك الحركي المنمط والتكرار وعمل الأشياء بطريقة واحدة وإصرار على ذلك مثل حركات اليدين انتمضية والتصفيق، والطرقة أو تحريك الأصابع أو تحريك الجسم كله مع الهز والميل والتأرجح بشكل مستمر والشدود في وضع الجسم كذلك من ألوان السلوك الغريب لدى التوحيدين الانشغال الزائد بأجزاء من الأشياء، أو أشياء صغيرة ليس لها قيمة، مثل الزرير والخيط والإعجاب بالأشياء المتحركة خاصة الدوار، مثل الخروحة الكهربائية أو العجلات.

وبخلاصة المحركات التشخيصية هي أن يؤدي الوظائف بشكل شاذ أو متأخر في واحد من الميادين الثلاثة الآتية:

1. التفاعل الاجتماعي.





2. اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.

3. اللعب الرمزي أو التخيلي.

في معظم الحالات لا يعيش الطفل التوحد في فترة عادية من حياته وإن كانت التقارير تذكر عن بعض الأطفال بأنهم أمضوا فترة من النمو العادي لفترة عام أو عامين، ولكن هذا السواء في كل الحالات ينهي عندما يبلغ الطفل سن الثالثة.

تحليل وتشخيص التوحد:

التوحد هو بالدرجة الأولى اضطراب تكيف مع البيئة وهو أيضاً اضطراب عام في انشخصية بدون خصوصية مباشرة وواضحة أحيانا بحيث يخفي ضمن أعراض اضطرابية أو نفسية أخرى بدون ملاحظته والتعامل لتصححه كما يلزم خاصة في حالات التوحد البسيط أو معاناة الفرد من إعاقات متعددة أخرى. إن الطفل باضطرابات توحدية بسيطة يشار لحالته بأنه يعاني من اضطراب عام غير محدد أما الطفل باضطراب توحد ولكن بمهارة لغوية واضحة يشار بأن لديه عرض اسبرجر.

ومع أن ضعف السمع يرتبط أحيانا باضطرابات التوحد وخاصة تأخر أو ضعف تطور الكلام لدى الطفل، إلا أن الأمر لا يمثل دائماً هذه الحالة حيث يجب دائماً إجراء اختبارات للأذن والسمع واضطرابات التوحد لتحديد مدى الارتباط الفعلي فيما بينهما.



الفصل السابع: التوحد

وعلى العموم فإن الأفراد الذين يعيشون اضطرابات التوحد يطهرون مستوى معين من الانخفاض في ذكائهم حيث تقيد الدراسات بأن 50% من التوحديين حصلوا أقل من معدل 50 ٪ باختبارات الذكاء و 20٪ تراوحت درجات الذكاء لديهم ما بين 50 ٪ 70 درجة ذكاء و 30٪ فقط حصلوا على 70٪ معدل ذكاء.

ومهما يكن فإن هذه المعدلات عندما نتحدث عنها مع الأطفال فإن الأمر لا يكون دقيقاً نظراً لتدخل العديد من العوامل في دقة النتائج أهمها القدرات النفسية والسنوكية الناشئة لدى الطفل ومع كل هذه الإشارات غير المشجعة للذكاء التوحديين إلا إنه يوجد بعض التوحدين بقدرات مهام خارقة أحياناً حيث نلاحظ إبداعهم في اللغة أو الرسم أو الموسيقى أو الرياضيات أو المهن المختلفة أو غيرها.

والخلاصة إن تحليل وتشخيص التوحد لدى الفرد صفلاً أو راشداً يحتاجان لدراسة حادة متأنية للتعرف على أعراضه ودرجاته المختلفة ويتفق العديد من الباحثين والمتخصصين في التحليل والتشخيص على أهمية المعايير التالية:

- 1- غياب أو إعاقة اللعب الجماعي.
- 2- عجز القدرة عن البدء أو الاستمرار في المحادثة مع الآخرين.
- 3- عجز القدرة عن تكوين صداقات مع الأقران.
- 4- الاستعمال المتكرر أو التقليدي أو غير العادي لألفاظ اللغة.
- 5- اهتمامات أو رغبات فردية معنودة وغير عادية في درجتها وتركيزها.
- 6- التمسك بدون مبرر أو معني بشعائر وسلوكيات روتينية خاصة متكررة.





7- الانشغال الزائد بجزيئات المواضيع أو الأشياء التي يصادفها أو يلعب بها.
إن تشخيص أعراض التوحد حينما يكون الطفل صغيراً ناشئاً في سنية الأولى يبدو صعباً ويتطلب جهوداً دقيقة ومتواصلة للتعرف على طبيعة هذه الأمراض وتكراريتها لديه تهديد توصف العلاج المطلوب.

ويلزم في تكرار الأحوال عند التحليل والتشخيص دراسة تطور الطفل ومهاراته الاجتماعية وأساليب تفاعله مع البيئة وقدراته الإدراكية والعاطفية والانفعالية والعملية كما يلزم إجراء اختبارات طبية خاصة بالسمع وتخطيط الدماغ وتحليل الدم واختبارات جينية متنوعة ويجري تشخيص أعراض التوحد بعمر 3- 5 سنوات حيث تبدو الأعراض واضحة للعيان بالمقارنة بالعادة السلوكية للأطفال بنفس العمر.

معايير تشخيص التوحد:

ولاً: يكون الفرد التوحسي طفلاً أو راشداً إذا تبين امتلاكه تعدد (6) من قائمة السلوكيات من رقم (1) و(2) و(3) التالية لكن باثنين على الأقل من رقم (1) وسلوك واحد على الأقل من فئتين (2) و(3).

- 1- إعاقة نوعية واضحة في التفاعل الاجتماعي باثنين على الأقل مما يلي:
 - إعاقة واضحة في استخدام النظر من عين إلى عين التعبير الوجهي،
 - التعابير الجسمية، التعابير أو الإشارات لتنظيم التفاعل مع الآخرين.
 - انشغال في تكوين علاقات مناسبة مع الأقران في سنة.



الفصل السابع: النمو

- فقدان المشاركة العنوية والمرح والاهتمامات والتحصيل مع الآخرين

(فقدان عرض وإحصاء الأشياء والإشارة إليها).

- فقدان التبادل الاجتماعي والعاطفي الانفعالي.

2- إعاقات نوعية في التواصل مع الآخرين بواحد على الأقل من السلوكيات

التالية:

- التأخر أو انقذان كاملا للنطق.

- العجز عن البدء بالحدث مع الآخرين والاستمرار به معهم.

- الاستعماء المتكرر أو الروتيني للغة أو اللغة المتركة على الذات.

- فقدان اللعب العنوي والغلب المقيد للآخرين.

3. السلوكيات والاهتمامات والأنشطة الروتينية المتكررة بوحدة على

الأقل مما يلي:

- الاشتغال الزائد بشيء أو شكل أو لون أو صوتا لدرجة غير عادية في

التركيز والمدة.

- عدم الرؤية المترابطة بروتين أو شعائر محددة.

- الأساليب الحركية المتكررة والتقليدية مثل تقليب انيد أو الأصابع

لديها أو انقيام بحركات جسمية غريبة.

الانشغال المستمر في الأشياء أو بأجزاء الأشياء.





ثانياً: يلاحظ على الطفل التأخر أو عدم الإنجاز الصحيح لواحد، على الأقل مما يلي: التفاعل الاجتماعي، استعمال اللغة في التفاعل الاجتماعي، واللعب: تعبير عن موقف أو دور محددين.

ثالثاً: يلاحظ على الطفل الانزعاج أو القلق الواضحين بدون إرجاعها أو تفسيرهما باضطراب زيت أو اضطراب التحلل نشوش: الطفولة.

سلوكيات أو مظاهر مرتبطة بالتوحد:

- 1- مشاكل التعلم.
- 2- الحركات العنوية الإرادية.
- 3- الخمول أو العكس الزائد وانتشاره والحركة الزائدة.
- 4- الاضطراب النفسي.
- 5- الشخصية الغريبة أو المتشككة.
- 6- الشخصية الخائفة أو القلقة أو الذمعة الضعيفة.

التحليلات الإضافية للتوحد:

- 1- اضطرابات المروعة والمفاورة.
- 2- اضطرابات التحلل أو نشوش الطفولة.
- 3- اضطراب زيت.
- 4- اضطراب اسبرغر.
- 5- الشيزوفرينيا.
- 6- الخرس أو عدم النطق المتفرق.





7- اضطراب التعبير - لاستقبال اللغوي المتنوع.

8- اضطراب التعبير اللغوي.

9- التخلف العقلي.

10- اضطرابات العادات الحركية الروتينية.

هذا وتوجد طريقتان لعلاج التوحد أولهما العلاج النفسي والعلمي والسلوكي وثانيهما التربية الخاصة والعلاج التربوي.

وعلى الرغم من أهمية هذين الأسلوبين إلا أن هناك فنيات خاصة ومهمة في علاج هذه الحالة مثل: تنظيم المساحة المحيطة بالطفل للمساعدة في توضيح واجبات الطفل والحدود الواضحة لحركته في الغرفة ، وعمل شخص وتقييم فردي لتأسيس روتين إيجابي.

أما بالنسبة لمدخل التعليم فهناك اتجاه للتعليم المهني على اندماج الطفل في المجتمع وهذا يتطلب التدريس خارج الفصل مثل تعليم المهارات في التسوق، والانتقال وإتاحة 'فرصة للطفل بالاختلاط بغيره من الأطفال العاديين.

إشراك الوالدين في العلاج، إيجاد الفصول الخاصة وغرف المصادر في المدارس العادية، توفير المركز المتخصصة للعلاج، استعمال انحواض الشخصية ويسعى البعض لتكوين فصول خاصة في المدارس العادية حتى يحصل الطفل على التوجيهات المناسبة والخاصة وفي الوقت نفسه تتاح له الفرصة للاختلاط بالأطفال العاديين في أوقات محددة من اليوم الدراسي، وهناك اتجاه آخر يؤكد على أهمية التدريب المهني مع الاهتمام الأقل بالمواد الأكاديمية العادية.





خصائص الطفل التوحدي:

توجد خصائص عامة لأطفال التوحد ويمكن أن نذكر جملة منها دون تفصيل فمن أهمها مثلاً تعلم المهام السهلة وفي نفس الوقت نسيانها بسرعة، عدم الانتباه للمثيرات الاجتماعية أو المثيرات البيئية، ضعف التمييز البصري للحجم والأشكال، لا توجد لديه الانتماء الاجتماعية ليس لكلامه نغم أو إيقاع، لا يستجيب لاسمه إذا نودي بين الآخرين، مقاومته للمس الآخرين أو حمله، يؤذي الآخرين أو يضربهم، تعطية الأذنين لأنواع كثيرة من الأصوات، يمتلك الذعر والقلق الشديد، تكرار الأصوات والكلمات لمرات كثيرة، عدم إبداء رد أي فعل بصري عندما يرى إنسان لأول مرة.

وهناك خصائص عامة كثيرة يمكن الإشارة إلى بعض جوانب منها والتي تتمثل في محاولات عدة مثلاً في مجالات العلاقات الاجتماعية، والسلوك، واللغة والتواصل، واللعب، والعمليات الحسية والإدراكية، وغيرها، لأنه يمكن أن نشير إلى الآتي:

أولاً: الخصائص المعرفية:

- تتسم أنماط التفكير التوحدي بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها.
- صعوبات معرفية تتعلق بالفهم وإدراك أبعاد الموقف واستيعاب المنبهات والرد عليها.
- لا يحتاج إدراك المنبهات التي تتطلب قدرات بصرية مكانية.



الفصل السابع: التوحد

- صعوبة في مجال الرؤية الشاملة للأشياء.
- صعوبة في التفكير - الانتباه - التفكير والقدرة على التخيل.
- قصور في فهم واستخدام اللغة بأنواعها.
- قصور في إدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات.

المبادئ الرئيسية لتعليم الطفل التوحدي:

1. التثديم: المكافأة التي يرغبها الطفل (صنم، نقود، ألعاب، وغيرها) ولذا يحدث التعلم عندما يتلقى الطفل تدعيماً نتيجة سلوك معين والعكس. وهناك نوعان من التثديم هما الإيجابي بالمعززات للسلوك الجيد والسلبى بالمنفرات للسلوك الغير مرغوب فيه.
 2. العقاب: إيقاع الجزاء على شخص نتيجة لأن سلوكه مرفوض أو لأنه فشل في أداء سلوك فرض أو تمثيل العشوية في إيجاد مثير ملام أو اجتماعياً أو إنكار حق للفرد.
 3. التجاهل: تجاهل السلوك السيئ وهو أسدرب صعب مع الطفل التوحدي أكثر مع غيره حيث أنه لا يهتم بالفعالات أو اهتمامات الآخرين، ويمكن أن أتى التجاهل من فرد يحبه ذلك الطفل فإنه له عالي التأثير.
- مثال: إذا أعطيت ورقة وقلم ليلون ومزق الورق وألقى بالقلم يجب إحصار ورقة وقلم ووضعهم بالقوة على المنضدة دون توجيه لوم للطفل.
- وهناك طريقة أخرى باستخدام المنهات المتوسطة أي الإمساك برأس الطفل وتوجيهه نحو الورقة والقلم.



ثانياً: الخصائص الاجتماعية:

- الانعزال الاجتماعي وعدم انقيام بأي مبادرة أو رد فعل اجتماعي.
- غياب الرغبة في التواصل الاجتماعي.
- يفتقد القدرة على الاتصال البصري ولا يجيد استخدام نظرات العين.
- يصعب تعويده على إلقاء التحية أو التوديع أو التقبيل من يرمعه.
- لا يستطيع التعبير بالوجه عن مشاعره ولا يفهم مشاعر الآخرين.
- عادة ما ينشغل في تكوين صداقات أو علاقات.
- لديه قصور في استقبال المشاعر والاستجابات الاجتماعية.
- لا يقوم بأي شيء لجذب انتباه الآخرين.
- الدلالة الاجتماعية فهو لا يبحث عن من يشاركه أي شيء قصور في التواصل اللغوي.
- استخدام اليد كإداة للتوجيه حيث يستخدم يده الأخر كوسيلة للوصول لما يريد.
- يفضل الطفل التوحيدي التعامل مع الأشياء المتبدلة بدلاً من التعامل مع الناس.
- نقص واضح في الوعي بوجود الآخرين.
- عدم فهم القواعد السلوكية في التعامل مع الآخرين.
- عدم القدرة على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في مواقف الاجتماعية المختلفة.



الفصل السابع: التوحد.

شغف بكل أنواع الحركات وخاصة المتكررة (التأرجح، المطاردة، وغيرها).

- قد يصاحب التوحد حالات من النشاط الزائد.

- تشوب المزاج السريع.

- اضطراب التأزر الهمري الحركي.

- لا تشغله سوى اللحظة الحاضرة. ترديد الكلمات (إن وجد) بصورة آلية نمطية بدون أن تناسب الموقف.

- تنسم أنشطته بالجفاف وعدم المرونة.

ويشكل عام فإن قصورا في التواصل الشفهي والتخيل مثل عدم الانفعال أو التعبير. انعطاب أو التنج عدم إلقاء التحية أو انوداع انتفكير انعمي لحركات الآخرين؛ اختصار اللعب انجماعي مع الأقران، إيذاء الآخرين، عدم المشاركة في الأنشطة، تفضيل اللعب الفردي؛ عدم القدرة على إنشاء علاقات أو صداقات مع الآخرين؛ عدم قدره على التخيل أو التقليد لأدوار الكبار، الحديث بطريقة سريعة مع ارتفاع الأصوات والحديث بدون معنى، والقصير في بدء الحديث أو نهيته، وعدم تكوين جمل مفيدة؛ تغير المزاج بسرعة كالخزين والقهقهة؛ ضرب الرأس على الحائط وعض اليد، ولوي الأصابع، يستطيع البقاء بدون نوم طوال الليل، اختياره لنوع واحد من الطعام أو اللعب، عدم الاهتمام بالمشيرات الاجتماعية، عدم الخوف من الزلاء؛ الانزعاج من أي تغيير، المذاكرة الاستفهامية الجيدة؛ اللعب بطريقة تكرارية؛ الاهتمام بالأشياء أكثر من أي





شخص، 'نصف والدوران'، وعدم تركيز انتظر على المتحدث، ويبدو وكأنه أصم، ويركز على أشياء مثل الشم واللمس ويشد شعره. ويعتبر التوحد من أكثر الإعاقات الانفعالية صعوبة لأنه كان غير معروف، ثم أصبحت شائعة ومألوفة.

خلاصة القول أن التوحد هو أحد المشكلات بكميات أشار إليه كانر ويطلق عليه الانفراد الاجتماعي ويؤدي إلى بقاء في المدارك لدى الطفل مما يجعله لا يستطيع استيعاب السلوك الاجتماعي المناسب بشكل طبيعي كما هو لدى الأطفال العاديين.

مما يؤدي إلى تأخر في تطور التواصل الكلامي وغير الكلامي والقدرة على التخيل عند الطفل ومن أنواعه:

- توحد الطفولة المبكرة.
- ذهان الطفولة.
- نمو أتا غير عادي.
- اضطراب في سرعة وتتابع النمو.
- اضطراب في الاستجابة الحسية للمثيرات.

أسباب الاضطراب التوحدي:

نذكر انطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي أن من المضاعفات الكبرى للاضطراب التوحدي نوبات صرعية تالية لاضطراب جسمي كامن عند حوالي 25٪ من الحالات أو أكثر أما عن العوامل المهيئة أو المساعدة فتذكر الطبهة



الثالثة من الدليل أن هناك عوامل تتعلق بإصابة الأم وهناك عوامل بيئية أيضاً فهين
لتطور الاضطراب التوحيدي.

تعددت الدراسات التي تحاول معرفة الأسباب المزدية إلى التوحد ولكن إلى
الآن لم تتوفر من الأبحاث التي تيقنت سبب أساسي يؤدي للتوحدية.
ولكن تشير الدراسات إلى أن التوحد هو نتيجة عدة أسباب رئيس سبباً
واحداً فهي تعود إلى الآتي:

1- عوامل جينية: أثبتت بعض الدراسات الحديثة أن هناك 'تصاقات'
'رتباطية' وراثية مع التوحد فقط وهذا الكروموزوم يسمى (Fragile
Syndrome) ويعتبر X fragile شكل وراثي حديث سبب التوحد
والتهلف العقلي أيضاً له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية
مثل النشاط الزائد ويظهر عند الفرد انزي لديه كروموزوم * تأخر
لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة.
وهذا الكروموزوم يكون شائعاً بين البنين أكثر من البنات، ويؤثر هذا
الكروموزوم في حوالي 7- 10% من حالات التوحد.

2- عوامل بيولوجية: وتتنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة
في الدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها، ويعني بذلك غصابة الأم
بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات
نقص الأكسجين، استخدام آلة، وغيرها عوامل بيئية أخرى وهي:
تعرض الأم لتنزف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبر سن الأم،
كل هذه عوامل قد تكون أسباب متداخلة في حالة التوحد.





- 3- عوامل نيورولوجية: أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباط بين بعض الحالات التوحدية وانتغير في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال.
- 4- أثبتت دراسات أخرى حديثة أن هناك جزءاً في المخ يتأثر في التكوين وأوضحته هذه الدراسات أن هناك اختلافات في جزء في المخ لدى الأطفال التوحديين عن غيرهم من الأطفال العاديين.
- 5- عوامل ترجع إلى متغير الجنس، وقد أوضحت دراسة الفروق الجنسية بين البنين والبنات في معدل الإصابة ومداها إلى الآتي:
 - البنات التوحيديات أقل من الأولاد في الإصابة بالاضطرابات النمائية بشكل عام والاضطراب التوحيدي بشكل خاص.
 - البنات التوحيديات يظهرن مستوى أقل من الأولاد التوحيديين في نسبة الذكاء بفارق لا يقل عن 5 درجات خاصة فيما يتعلق باختلاف القدرات اللفظية ومهارات الرؤية الحركية.
 - توجد انحرافات شاذة على رسم المخ لدى الاثنين ولا توجد فروق بينهم.
 - يبدى كل من البنين والبنات التوحيديين اضطرابات سلوكية وعصبية وإن بدت متفاوتة أحياناً وفقاً لمعدلات الذكاء الذي يتوقف عليه حجم الاضطراب الوظيفي المعرف لكل منهم.
 - البنات أقل ميلاً لوجود اضطرابات وراثية، ولكن البنات يتطلبن فحصاً نيورولوجياً دقيقاً أكثر من الأولاد.



- لا توجد ملاحظات مباشرة تدل على الفروقات بينهم في مجال الاضطرابات العصبية.

نظريات في أسباب التوحدية :

وعموماً هناك نوعان رئيسيان من الآراء والنظريات بوجه عام أحدهما يرى أن الأطفال التوحديين يولدون طبيعيين ولكن التطور الانفعالي لديهم يصاب بالاضطراب بسبب طريقة تنشئتهم وتربيتهم والعامل المتغير الأساسي لذلك هو أنهم يولدون نوعاً من الخبرات الانعائية الخاصة منذ وقت الولادة وبأنهم مقترنين شرطياً ضمن انسلوك غير انطبعي أما النوع الآخر من النظريات يرى أن الأطفال التوحديين مصابون بنوع من الاضطرابات أو الخلل الفسيولوجي الجسدي في المخ يجعلهم يتصرفون بهذه الكيفية ويميل الآباء إلى استنكار ورفض النوع الأول من النظريات المتعلقة بالتطور الانفعالي وهذا طبيعي جداً لأنه مهما بلغ الحرص في كيفية إيضاح الأسباب وفي انتقاء الكلمات فإن الآباء سيستمرون بأن هناك من يضع اللوم عليهم ورفض أن القسب ورفض التلميح بكونهم هم سبب المشكلة لأطفالهم هي بحذ ذاتها ظواهر صحية، إلا أنها ضرورية للآباء لكي يضعوا في اعتباراتهم تلك الأدلة ويحرصوا عليها قدر المستطاع ولأن يتفهموا الأسباب الأساسية التي أدت إلى ظهور تلك الآراء.





نظريات ترجيح الأسباب الانفعالية:

اعتقد كانر بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي الكلاسيكي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى غير الطبيعية فقد كتب كانر بأن جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبله كانوا من ذوي التحصيل العلمي العالي لكنهم كانوا يخربون التصرف المفرطي الانسحاب والإدراك الذهني صارمين، ومنعزلين، وجديين يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم وهو يرى بأن توحيد الطفولة المبكرة قد يكون عائداً إلى وراثة الطفل لعامل بعد أو انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة أو كنتيجة للأساليب الغريبة التي يعتمد عليها الأبوان أثناء تربية طفلهم أو بسبب تداخل تلك المشكلات معاً، يعد كانر وضع الباحثون المربون من الآراء المتعلقة بخلل أو بشذوذ العلاقة بين الآباء وأطفالهم لكنهم اختلفوا على العنصر الرئيسي المتعلق بذلك الخلل في العلاقة.

كل تلك الآراء والنظريات المتعاضدة بتبساء الأطفال التوحديين كانت مركزة على الانطباعات الشخصية لأولئك الباحثين والتي قد تكون محدودة ومنعزلة، وفي السنوات الحديثة وضعت العديد من الدراسات التي استخدمت أساليب أكثر موضوعية للمقارنة بين مجموعات من آباء لديهم أطفال توحديين وبين آباء أطفالهم معوقين أو متخلفين عقلياً فقط أو عاقلين واستخدام الفئة الثانية من الأسرة للمقارنة هو بحد ذاته عامل مهم جداً إذ أن وجود طفل لديه تخلف عقلي في الأسرة يرجح وجود الاضطرابات الانفعالية وردود الأفعال العاطفية لدى من يعني بالطفل.





ولم تثبت هذه الآراءات الموضوعية أي دليل على أن آباء الأطلال التوحيديين ذوي شخصيات غريبة أو أنهم أثروا في شخصية طفلهم بصورة خاطئة أثناء تربيتهم له والقضية لم تحل بما يتعلق بمستوى ذكاء وبمهن آباء الأطلال التوحيديين المتميزين.

وحتى لو كانت المستويات الوظيفية أو المهنية لهم هي أعلى من المعدل فليس هناك ما يدعو للافتراض بأن ذلك له صلة باضطراب هلافة انوا دين/ اطفال وفصلاً من ذلك فإنه بينما يكون الاحتمال الوارد هو حصول الوالدين على أكثر من طفل توحيدي واحد فإنه في معظم الحالات يكون الأخوة والأخوات أجمعاء وعاديين وأخيراً فإن أحداً ما لم يبين ويدلل على أن مؤسسات الرعاية التي لا تمنح الأطفال الصغار والرضع، التبديل الملائم عن الأم والأمومة والتي لا يوجد لدى فرق العمل بها الوقت الكافي لتحديث مع الأطفال تتسبب في وجود أطفال توحيديين ورغم التأكد من بروز أنواع الآثار السلبية غير المقبولة على الأطلال على المدى القصير أو الطويل والدليل الذي ثبت ضد نظرية الأسباب الانفعالية للتوحدية يبرز مدى حداثة خطأ الاعتماد الكلي على الآراء الشخصية دون الاستعانة بالأساليب العلمية القياسية الملائمة والأمر القياسي والمزعم بالأسباب والآباء هو أن النظريات السابقة عن غرابية الأبوية قد وضعت دون أي دليل أو إثبات علمي وإنما قد سببت الكثير من التعاسة واللمم منذ ذلك الحين.





أعراض التوحد:

هناك أعراض بيولوجية وراثية تؤثر في أحداث التوحد مثل عرض كرموسوم والخلل الأيض الوراثي غير المعالج والمضاعفات الوراثية لنقصية الألانين تشير التوضيحات الوراثية (ن) انتوحد يعود في جذوره ابتداءً إلى عوامل بيولوجية حينية، فهناك دراسات تفيد أن الأسرة التي لديها طفل توحد فإنها على الأرجح ونسبة (20)، تنجب طفلاً آخر لديه ويظهرون في الغالب سلوكيات توحد بسيطة مثل التكرار السلوكي غير المميز وصعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي ولكنهم يبدوون لدى العامة شبه عذيين.

وهناك أعراض اضطرابية مرتبطة بالتوحد ومنها:

1- عرض انفلمان:

بينما لا يعتبر عرض انفلمان نوعاً من التوحد إلا أن العديد من السلوكيات المصاحبة للفرد بهذا العرض تنتمي لاضطراب التوحد، اكتشف هذا العرض من قبل طبيب إنجليزي يدعى هاري انفلمان عام 1965 حيث عرف الأفراد حينها الذين لديهم صفات سلوكية وجسمية اضطرابية بامتلأكهم لما أصبح يسمى عرض انفلمان حيث وجد انفلمان أن معظم الأفراد بهذا العرض قد فقدوا جزءاً صغيراً من كروموزوم رقم 15 من جانب الأم.

وكما في التوحد فإن الأفراد بعرض انفلمان يظهرون سلوك «مرجحة اليدين وانعدام أو قلة الكلام وعجز الانتباه والنشاط الزائد ومشاكل الأكل والنوم وتأخر في نمو الحركي، وأحياناً عض الأصابع أو الأظافر وشد الشعر وبمسك



الفصل السابع: التوحد

التوحديين يبدو الأفراد بعرض انفلما اجتماعيين وحميمين في علاقاتهم مع الآخرين ويضعفون عادة. لكنهم أيضا يمتلكون تخطيطا غير عادي للدماغ ويصابون بحالة الإغشاء أو انصداع وتصلب الرجلين وحركات الجسم المشوشة غير المتوازنة كما لديهم هم مبتسم عريض وشقة عليا رشيعة وهن في غائرين.

أما علاج عرض انفلما فيتم غالبا بواسطة تعديل السلوك وعرض الكلام والعلاج الوظيفي المهني.

2- عرض مارتن (X Syndrome)

كروموزوم * الذي يدعي أيضا عرض مارتن بيل وهو وراثي من ناحية الأم ويردي غالبا إلى إعاقة وراثية عقلية في الذكور أعلى منها في الإناث ويظهر الأفراد بعرض كروموزوم * سلوكيات متعارف عليها لدى التوحديين مثل ضعف الاتصال البصري بالآخرين ومرجحة اليدين وحركات الإشارية أو الجسمية الغريبة وعضن اليدين وانهدرات الحسية 'الضعفة'، كمان المشاكل السلوكية وتأخر النطق أو الكلام واللغة بوجه عام هي إضرافات عامة لعرض كروموزوم *.

كما يمتلك الأفراد أيضا مواصفات جسمية مثل جهة الوجه العالية وعيون سائلة كسولة أذنه كبيرة ووجه طويل وخصيتان كبيرتان في الذكور. وحركات عضلات غير متناسقة وقدمان مسطحان وأحيانا صمامات قلب غير عادية نسبيا.

ويتمرجح لعلاج عرض كروموزوم * إجراء اختبارات دم لتشخيص وجود هذا الاضطراب الوراثي ثم تناول بعض الأدوية المهدئة للمشاكل السلوكية ولعلاج النطق واللغة وتحسين الحواس.





3 عرض ريت:

اكتشف عرض ريت من قبل اندياس ريت عام 1966 وهو اضطراب عصبي يؤثر بالدرجة الأولى على الإناث حيث يظهرون سلوكيات شبيهة للتوحد مثل حركات اليد المتكررة وتأخر المشي وضرب الجسم ومشاكل النوم، أما العائلة العربية التي اكتشفت الجين المسبب لعرض ريت فهي هدي زغبى حيث وجدت هذا الجين على أحد كروموزومي * المتكررين لجنس الأنثى معطلاً بذلك عملية البروتيني المعتاد، الأمر الذي سبب اضطراب تعرض الحالي عرض ريت وخصائص المصابين بعرض ريت هي في الغالب:

- 1- تطور عادي حتى عمر 0.5 - 1.5 سنة.
 - 2- اهتزاز الأطراف وربما الجذع أيضاً.
 - 3- أرجل جامدة غير ثابتة الخطوات.
 - 4- صعوبات في التنفس.
 - 5- الإغماء.
 - 6- طحن الأسنان ببعضها وصعوبة في المضغ.
 - 7- إعاقة في النمو صغر في الرأس.
 - 8- إعاقة عقلية عميقة.
 - 9- خمول الحركة.
- وفي معظم حالات العرض الحالي يظهر المصابون تراجعاً واضحاً خلال العمر في الإدراك والسلوك والمهارات الحركية والاجتماعية.





4- عرض لاندو - كليفنر؛

يظهر عرض لاندو - كليفنر لدى الأطفال على شكل فقدان اللغة بعمر 3-7 سنوات يفقد الطفل القدرة على الاستيعاب ثم انقدرة على الكلام أن الأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يعانون من مزيجيات دماغية غير عادية تظهر بتخطيط الدماغ لديهم، ويؤدي الطفل بعرض لاندو سلوكيات تعد من عائلة اضطراب التوحد مثل عدم الاستجابة للأصوات، وعدم الإحساس بالألم، والعدوان ونسبة النظر للآخرين والتعلق بالأشياء أو الإصرار على عمل نفس الأشياء ومشاكل النوم يعالج العرض الاضطرابي الحالي بالتدريب على الكلام وتناول بعض الأدوية حسب وصفات طبية دقيقة وأحياناً بإجراء جراحة لممرات الأنشطة الكهربائية الناجبة بالدماغ.

5- عرض برادروللي؛

إن الخصائص التقليدية لهذا 'العرض الاضطرابي هي هوس الأكل وانجسب المتلى والخصائص الجنسية الماهرة وفقر التعاطف في حركة العضلات والوزن الزائد والتخلف العقلي الخفيفة. أما 'السلوكيات التي يظهرها الأفراد بعرض برادر توافي قربانها لدى المتوحدين فهي التأخر في اللغة وانعدام الحركة وإعاقات التعلم ومشاكل الأكل في الطفولة ومشاكل النوم وتوارث الغضب وعدم الإحساس بالألم.



وكما هو مع عرض انفلمان فإن سبب العرض الاضطرابي الحالي هو فقدان حزه من كروموزم رقم 15 الموروث من جانب الأم هذا وإن أكثر الأساليب العلاجية فعالية لعرض برادر - ويللي هو التعديل السلوكي.

6- عرض وليام:

وهو اضطراب وراثي يرتبط عموماً بإعاقة عقلية خفيفة إن سبب هذا الاضطراب هو فقدان جزء من مادة النسيجة الوراثية (13٧/٨) على كروموزوم رقم 7 يندى الأفراد المصابين بعرض وليام سلوكيات مشابهة للمتوحدين مثل تأخر النمو، اللغة ومشاكل في المهارات الحركية الجسمية والإحساس الزائد بالأصوات وعادات الأكل المحدودة غير العادية والمتابعة على سلوك معين، ومع هذا يختلف هؤلاء عن الأطفال المتوحدين بكونهم اجتماعيين وبشذوذ في النظام الدموي وارتفاع ضغط الدم ومستوى الكالسيوم إما جسيماً شكلياً فأنهم عيون لوزية الشكل وأذن بيضاوية وشفاة غنيظة أو مسطحة وذقن وفم عريض ووجه ضيق بوجه عام.

وصايا وإرشادات لأباء ومعلمي الأطفال التوحديين:

- 1- المصاب الذي يعاني من التوحد هو طفل قبل أن يكون ممزق قلبه حقير الطفل العادي وحاجاته.
- 2- تقبل الطفل ومعاملته برقة وحب وحنان واهتمام دون تبادل مع الجسم في تنفيذ التعليمات.



3- كلما أحببهم المعلم وامتع بروح مرحية جاء ذلك بتعلم أفضل من قبل الموقنين.

4- استخدام لغة سهلة مبسطة مدعومة بالإشارات والتواصل غير اللفظي (بالعيون وتعابير الوجه واليد) في مخاطبتهم.

5- البساطة في توجيه التعليمات دون تمكليفه بعدة أعمال متتالية دفعة واحدة مع ضرورة الاستعانة بالصور والمجسمات والوسائل التعليمية.

6- التأكد من أن الأعمال التي تكلفه بها في مستوى قدراته ومهاراته لتجنب مشاعر الفشل والدونية والتأكد من فهمه للتعليمات.

7- كن حاسماً في إصرارك على أن يبادلك النظر (التواصل بالعيون) طوال حديثك معه أو حديثه معك وشجعه إن فعل ومعهوقبته عند تجنبه النظر عينيك.

8- اختيار طرق التعزيز والإثابة المناسبة والتي تمثل أهمية لنطفل ومكافأته كلما أنجز عمل أو سلوك مطلوب، أو امتنع عن سلوك سرفوض واستخدام العقاب المعنوي كلما اقتضى الأمر مع شرح سبب معوقبته.

9- استعمال القاء البسيط مع الصور والتثيل في التواصل مع الطفل الذي لم يتعلم الإنصات بعد.

10- إعطاء الفرصة للاختيار بين هديلين أو أكثر بدل فرض شيء واحد عليه



11- إخبار الطفل مسبقاً عن أي تغيير في الروتين اليومي والاعتناء عن

التغييرات المفاجئة.

12- المرونة في التعامل مع أطفال التوحد والإسبرجر ومعاملتهم على حسب قدراتهم وميولهم وعدم قياسهم بغيرهم بل بأنفسهم.

13- معرفة السلوك انقبلي والبعدي لكل فعل نمطي أو انفعال غير ملائم (الأسباب، النتائج) مع تشجيعه على التوقف بآثاره وسفله بأنشطة يحبها.

14- تدريب الطفل التناوب مع الأطفال الآخرين في الألعاب والأنشطة الجماعية وأن ينتظر دوره.

15- استغلال الأنشطة الجماعية في تنمية التفاعل اللغوي الاجتماعي السليم مع استخدام التعابير بالوجه وإشارات اليد، وتقييم الأصوات.

16- مواجهة المشاكل السلوكية (عدوان، إنطواء، خجل، سرقة، وغيرها) بالهدوء والحزم واستخدام وسائل العقاب والثواب مثل الإهمال والتجاهل والحرمان من المأكل أو الألعاب والأنشطة المفضلة.

17- استغلال المواهب والقدرات العالي، عند الأطفال (كالرسم، الكمبيوتر، الموسيقى، وغيرها).

18- استغلال موضوعات الاهتمام الزائد (الطيور، القطارات، حديد السكك، وغيرها) في تعليم القراءة والحساب والهندسة باستخدام صور عن موضوع الاهتمام وكذلك في تعليم بعض اللوكيات المرغوبة.





19- معالجة السلوكيات الشاذة للطفل والكشف عن أسبابها ومعالجتها بأنشطة ملائمة.

20- عدم تكليف الطفل بأعمال تفوق طاقته تجنباً لفشله في إنجازها مع إعطاؤه الوقت الكافي للنجاح في المهمة.

21- ضرورة مبرز ان الطفل بخبرات النجاح لاكتساب الدافعية للتعلم والإصرار والاستمرار في المحاولة.

التربية العلاجية للطفل التوحد:

أهداف تربية الطفل التوحد:

- 1- تنمية مهارات التواصل التعبيرية والكتابة وفي استقبال منبهات أو وسائل انبئية.
- 2- تنمية مهارات الحياة اليومية الشخصية والأسرية المحلية والاجتماعية.
- 3- تنمية مهارات العلاقات الشخصية مع الأقران؛ الآخرين.
- 4- تنمية مهارات اللعب وملاءم الفراغ وصناعة القرار في المواقف اليومية.
- 5- تنمية المهارات الأكاديمية الضرورية للتقدم في التعلم والتحصيل.
- 6- تنمية المهارات الجسمية والجمالية الفنية.
- 7- تنمية مهارات الاستعداد المهني مثل مهارات اختيار ودراسة وعمل مهنة مناسبة محددة.





مبادئ تعليمية يمكن مراعاتها عند دمج الطفل التوحيدي في الغرف الصفية العادية:

إن تربية الطفل التوحيدي بالرغم من الحاجات النفسية والسلوكية والتعليمية الخاصة التي يعيشها تبدو فعالة شخصيا وعلاجيا تصحيحيا عندما تتم في ظروف وبيئات صفية عادية مع العناية دائما بالخصيصية التي يتصف بها كلما دعت الحاجة الموقفة لذلك.

وقدما يلي أهم المقترحات التي يمكن الأخذ بها بعين الاعتبار في هذا الإطار:

1- يجب أن تتخذ قرارات دمج الطفل في الغرف الصفية العادية بناء على مناسبة قدراته على التعلم والعمل والسلوك في هذه البيئات المدرسية، وبهذا يجب أن يتم الدمج بعد تقييم علمي لمهارات وقدرات الطفل الذي لديه توجه على السلوكيات والمشاركة في حجرات الدراسة الصفية المعينة.

2- يجب أن يسبق دمج الطفل التوحيدي في الغرف الصفية العادية تحضيرات نفسية وسلوكية وتدريبية له من أشخاص متخصصين مهنيين في المجال.

3- يجب أن يخدم دمج الطفل التوحيدي في الغرف الصفية العادية الهدف الأسمى من تربيته ألا وهو تحسين إنجازه الدراسي بقليل من المتطلبات عليه.



4- يجب أن لا يستثنى الطفل التوحيدي من الأنشطة التعليمية المفيدة عند دمجهم في الغرف الصفية العادية طالما يستطيعونها ولو ببعض أو قليل من المساعدة أو الدعم أو التعزيز.

5- يجب أن لا ينفى دمج الطفل الذي لديه توحّد في حجرات الدراسة الصفية العادية خدمات أو تدبّات علاجه الأخرى من اضطراب التوحد مثل الأدوية والتدريب السلوكي الخاص وغيرها.

6- يمكن أن يكون دمج الطفل التوحيدي في حجرات الدراسة الصفية العادية مكلّماً إذا أثبتت التحليلات والتجارب قدرته على ذلك أو جزئياً عندما يوصي المهنيون بعلاج الطفل التوحيدي بذلك، أما عن حيث لا يناسب حالة الطفل المدمج، الكلّي أو الجزئي في الغرف الصفية فإن الغرف والمدارس الخاصة هذا أنجح مكان تعليمي له.

دمج الطفل التوحيدي في حجرات الدراسة الصفية العادية:

إن الطفل الذي يساور أسرته ومعلمي الطفل التوحيدي يعود إلى المعاناة التي يواجهها في أداء واجباته في الحياة اليومية العادية، فكيف يكون الأمر في المدرسة والغرف الصفية التي يضيف إلى صعوباته الاضطرابية درجة أخرى من الحصر أو الضغط النفسي والإرهاق الذهني لدمغه انتعاب أصلاً من إعاقاته الإدراكية بالتوحد، فإن الطفل ذو التوحد يبدو في حجرات الدراسة الصفية العادية مشغولاً ليس بمنهج واحد مكلّماً هو الأمر مع العاديين بل بهجين، المنهج الدراسي العادي ثم المنهج الاجتماعي العلاجي الموجه لتصحيح اضطرابات التوحد الخاصة بالنطق والتلف والتفاعل البناء مع الآخرين، إن الطفل بهذا النقل التعليمي الزائد يفقد



غالباً الوقت للاسترخاء والترويح النفسي اللذين يعيدان له النشاط والحيوية والمشاركة في العمل والتقدم.

والطفل ذو التوحد يعاني أيضاً من مشاكل إدراكية عديدة أهمها نقص أو عجز القدرة على الانتباه والتخطيط والتنظيم والتنفيذ وحل المشكلات والتذكر وإدارة الوقت ويمكن يبقى الطفل التوحد في معظم الأحوال قابلاً للتعليم والتحسين نسبياً قدراته على الإدراك والنطق واللغة والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

أولاً: استراتيجيات عامة لتعليم وتفاعل الطفل التوحد في الغرف الصفية العادية:

- 1- إعطاء أهمية أولية لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي أكثر من المهارات الإدراكية والإدارة الذاتية التي تعتبر ثانوية في حالة الطفل التوحد.
- 2- الابتعاد عن الرسمية والطرق المباشرة والتركيز بالمقابل على البقاء قريباً من الطفل والمحافظة على انشغاله في الحديث والتفاعل مع الآخرين.
- 3- المدح والتشجيع لكل شيء سادي أو قريب من العادي يقوم به الطفل.
- 4- توفير بيئة صفية بناءة للتعليم وتفاعل الطفل من حيث المكونات وأنماطية المادية والخلو من المشوشات، المرتبطة البصرية والسمعية والصوتية والاحتفاظ فقط بالمواد والأجهزة المرتبطة بالتعلم والتفاعل الاجتماعي.
- 5- المحافظة على المناخ الصفّي حماسياً وحيوياً ومرحاً.





6- تقابل لأدنى درجة ممكنة من الحديث والتعليم والتوضيح مع التركيز

بالمقابل على استمرار الطفل متحضرًا للتفاعل مع الأقران.

7- تخطيط وتحضير المعلم لأنشطة التعلم والتفاعل الاجتماعي الصفية

والمنزلية وعدم نفل الطفل المتوحد من نشاط إلى آخر قبل تحصيله للأول

ومتابعته بالمتعة والفائدة لبدء الثاني.

8- الإدارة العاطفية للطفل المتوحد تجنباً للثورات والهيجانات النفسية

الغاضبة إن بقاء المعلم أو أحد أفراد الأسرة بجانب الطفل ومتابعته من

بعد يساعد في الاستمرار هادئًا وعادياً في عمله وتفاعلاته بالتعلم ومع

الآخرين.

9- التعامل قريباً مع الطفل المتوحد حسب طبيعة الأسلوب الإدراكي

بصري أو سمعي بصري بتوضيح مواد وأنشطة التعلم والتفاعل الاجتماعي

المتفق مع ذلك في المكان والزمان المناسبين.

10- الإشراف ومتابعة الإشراف على انطلق المتوحد لم يكن يصعب غير

تقليدية وغير مباشر إن الطفل المتوحد يحتاج لتحضير وتحقيق وتوجيه

لبدء في التفاعل والتعلم والتخلي عن التعاديف أو التأجيل التي يميل

إليها غالباً وفي التخطيط والمشاركة في التفاعل ومهمات التعلم حتى

النهاية.





ثانياً: استراتيجيات خاصة لتعلم وتفاعل الطفل التوحيدي في الفرق الصفية:

تساعد هذه الاستراتيجيات الطفل التوحيدي على التفاعل والتعلم عندما يظهر المشاكل التالية:

- 1- غير متحمز للعب مع الأقران.
 - 2- متردد لسؤال الأقران للعب معه.
 - 3- غير متأثر في التفاعل والعب مع الأقران.
 - 4- غير مبادر في الحديث مع الأقران.
 - 5- غير مستجيب لمحاولات الحديث من الأقران.
 - 6- غير متفاعل في أنشطة المجموعات.
 - 7- غير متابع في أنشطة المجموعات.
- والتغلب على مشكلة إلحاق الطفل التوحيدي للعب مع الأقران يراعي ما يلي:

- 1- متابعة الطفل بيدا التربكيز والعمل بنشاط محدود مع الأقران.
- 2- الجفوس بقرب الطفل والتعليق بحماس حول ما يقوم به من نشاط.
- 3- تجنب سؤال الطفل كثيراً لتوفير وقت كاف له للاستجابة المناسبة المطلوبة.
- 4- إظهار اهتمام حقيقي بما يقوم به بالنشاط كة غير 'لبشرة والانتباه والمتابعة لما يعمل.





5- دعوة الأقران الآخرين بأسلوب غير مباشر للانضمام للحبّوف وانشراكه

في النشاط الذي بدأه الطفل المتوحد.

وللتغلب على مشكلة عدم سؤال الطفل التوحيدي عن الأقران للعب معهم

وعدم مبادرته بمعاذرتهم يراعي ما يلي:

1- محاولة المعلم أن يكون قريباً من الطفل عند بدء الطفل الحديث مع

طفل آخر والمساعدة والتوجيه غير المباشرتين للاحتمرار في ذلك.

2- إثارة اهتمام انتباه الطفل لـ يقوم به طفل آخر وتحفيزه للقيام بذلك

أو المشاركة معهم في ذلك.

3- تعزيز الطفل على تفهم رغبات الأقران في اللعب والتفاعل الاجتماعي

بحسب ظروفهم الفردية.

4- تعزيز الطفل على التسامح عند رفض الأقران للعب والتفاعل وعدم

اعتبار ذلك مساساً أو رفضاً له.

وللتغلب على مشكلة التفاعل واللعب مع الأقران يراعي:

1- المحافظة على تركيز الطفل على مهارات التعلم والتفاعل الاجتماعي

بتشجيعه وتعزيزه في كل ما يقوم به.

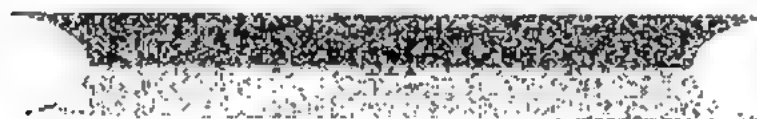
2- مساعدة الطفل في تبني دور أو أسلوب محدد مناسب له في اللعب

والنشاط مع الأقران.

3- تحويل انتباه الطفل لخيارات أخرى في اللعب والتفاعل مع الأقران.

وللتغلب على مشكلة الاستجابة الضعيفة لنطفل التوحيدي لمحاولات الأقران

الحديث معه يراعي:





1. ان وجود قريباً من الطفل عند اقتراب الأقران عنه وتشجيعه على

الاستجابة والتفاعل.

2. مساعدة الطفل لتدعيم وجود الأقران والاستجابة لأسئلتهم وتعليقاتهم

وإستعمال حركات اليدين والإيماءات الجسمية الحركية كلما ناسب

ذلك لمزيد من التفاعل والاتصال الهادف مع الآخرين.

3. دعوة الأقران للاقتراب من الطفل بينما يتحدثون ويلعبون لتحفيزه غير

المباشر على التفاعل واللعب في حالة استمراره بالتردد أو الممانعة في

ذلك.

وللتغلب على مشكلة عدم تفاعل الطفل التوحدي في أنشطة مجموعات

الأقران يراعي:

1. اقتراح دور للطفل في حالة تردده أو عدم مبادرته في ذلك.

2. اقتراح دور مشترك يقوم به الطفل والمعلم في النشاط واللعب والتخيل

والتشاور معاً في ذلك.

3. الابتهاج بما يقوم به طفل آخر مجاور للطفل والتتوية لئلا أمام الأخير

لتحفيز انتباهه ورغبته في التفاعل والعمل أو المشاركة في النشاط.

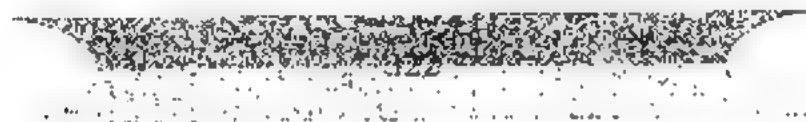
وللتغلب على مشكلة متابعة ان طفل التوحدي لتعليمات أو التوجيهات

انصفيه يراعي:

1. منح الطفل حرية كافية بخصوص أحكام وتوجيهات لكون الهدف

الأول من وجوده ليس النشاط بذاته ؛لكن تنمية مهاراته في انتعش والمافه

والتفاعل الاجتماعي.





الفصل السابع: التوحد

2. محاولة تغيير أو تعديل قواعد اللعب أو النشاط كلما لوحظت صعوبة

انطلاق في التفاعل والاستمرار في التفاعل.

3. سحب الطفل من اللعب أو النشاط كلما بدأ 'استمراره' يؤثر سلباً عليه

بالحصر أو الضيق النفسي لأن الهدف الأساسي من دمجهم في النشاط

الصفى هو تنمية رغبات ومهارات التفاعل الاجتماعي دون النشاط ذاته

أو تحصيل حقائق أكاديمية محددة.

إرشادات لتعليم الأطفال التوحديين بقدرات إنجازية عالية:

إن العديد من الأطفال التوحديين لا ينقصهم العقل للتفكير والتعلم والعمل

لكنهم بحاجة للتنظيم وبأساليب مدروسة للتفاعل.

وفيما يلي عدد من الإرشادات التي يمكن استخدامها لرفع كفاءة

التوحديين في إنجاز مهامهم اليومية:

1- ساعد الطفل التوحدي في تنظيم بيئته التعليمية:

ساعده في المدرسة أو المنزل وشجعه على التذكر والانتباه وعزز سلوكه

المناسب خلال ذلك؛ لأن هذا الطفل ينسى في العادة الأشياء التي تلزم واجباته

المدرسية مثل مذاكرة الواجب ومواد الكتابة وغيرها أو لا يمتلك القدرة أو الرغبة

لترتيب مقعده وحاجياته، في مثل هذه الحالات يمكن مساعدته بالتالي:

• تدريبه على ربط شيء يحتاجه بأشياء تتميل به، فكراس أو

مذكرة الكتابة تحتاج إلى قلم والقلم يحتاج إلى مبراة وممحاة،

أما كراس الرسم فيحتاج إلى أقلام وأدوات وألوان ومساطر





ومعجزة ومبراة فإذا استطاع الطفل تعلم ربط الأشياء ومتطلباتها مرة بعد أخرى فإنهما يحصلان في النتيجة إلى حالة مستقرة التذكر والانتباه كاهلن للتعلم وأداة مداخلاتها اليومية.

- مساعده في تنظيم نفسه وحاجياته وبيئته المباشرة مثل مقعد الدراسة أو الحقيبة المدرسية أو حتى أسلوب ملبسه وعنايته بشكاه ساعد خطوة بخطوة مع التدريب والتعزيز والتشجيع بأناة وصبر وميول غيابة لما تقوم بمساعدته.

- تجنب النقد والتعنيف والمحاورة أو إنشاء النصائح حيث يشعر الطفل أكثر بالخطأ والذنب وانعجز عن نفسه وقدرته.

2- تحدث مع الطفل المتوحد وعلمه بلغة محسوسة؛

بعيداً عن التجريد والرموز والمعاني النظرية والأسئلة المثالية أو الغامضة، إن الطفل المتوحد يفكر في الغالب للتفكير النظري المجرد وبالتالي استعن عن التعليم الشفوي بالصور والرسوم والكتابات السبورية والوسائل المرئية الأخرى لتعزيز وسائل الاتصال أو المعلومات المتصورة إليهم.

3- خفض من الضغط النفسي لدى الطفل المتوحد؛ ب

وضعه في مكان آمن وإرشاده بالوسائل التي يمكن بها الحد من اضطراباته السلوكية.





4- تفهم السلوك السلبي للطفل التوحدي:

ولا تعتبر تصرفاً شخصياً ضدك كمعلم، إن هذا الطفل مهم كان ذكاً أو أنثى لا يقصد التحكم بآليات التعامل أو جعل الحبة أو التعامل معه أمراً صعباً أو بعيداً إنّه نادراً ما يقصد التلاعب أو المناورة بالأمور لأن التصدد الذي يرمي إليه في الأرجح هو التخلص من المواقف المحيرة أو المهددة له، خذ الأمور ببساطة وتعامل مع أخطاء الطفل للتعبير عن عدم قدرته حيناً أو عدم إدراكه لحاجات أو ردود فعل الآخرين حوله أحياناً أخرى.

5- استعمال لغة بسيطة ومشهورة:

فاستعمال لغة بسيطة ومفهومة وذات معاني مباشرة غير مزدوجة لا تستعمل بهذا الصدد:

الألفاظ ومفردات المداخلة التي تحدث أكثر من معنى.

ألفاظ السخرية كأن تمتدح انطلق عند الخطأ.

الألقاب بدل الاسم الحقيقي للطفل.

ألقاب التدين كأن سادي الطفل حكيم بدل عبد، حكيم أو رفيق الكل

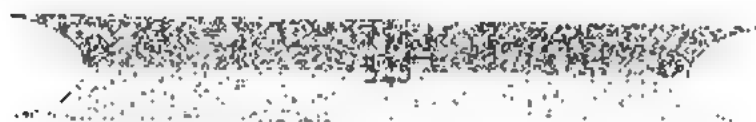
بدل كريم أو سعيد الاسم الحقيقي للطفل.

6- استعمال الإشارات والتعبير الحركية:

الجسم بصحبة الكلام العادي للتواصل بالطفل التوحد حيث تساعد

على سرعة فهم الرسائل المتصودة أكثر بكثير من لو استخدمت الكلمات أو

الإشارة بمفردها.





7- قدم مهمة التعلم أو الاتصال على شكل خطوات:

أو جرعات مصفرة أو بصيغ متنوعة مرئية وسمعية وحركية ولغوية عند أول ملاحظة لعدم فهمه أو استجابته كما هو مطلوب.

8- استعمل جملاً قصيرة قريبة لقدرة الطفل التوحدي:

على الفهم والاستجابة يعتمد بالتقابل عن الكلام الطويل المتواصل والعبارات الممتدة لأن هذا الطفل محدود باتباعه وتركيزه ومثابرته على الفهم.

9- هيئ الطفل نفسياً لأي تغييرات:

قد تحدث في البيئة المدرسية أو المنزلية والمعلم والجدول الدراسية : يستعمل مع الكلام الشفوي الجدول والاختصات والرسوم انثوية المكتوبة مساعدة الطفل على إدراك وتذكر ما تقول له.

10- قلل من التغيير أو التعديل السلوكي:

للطفل وزرع مثل هذه التغييرات عند ضرورتها على فترات مناسبة للطفل المتوحد مستخدماً في ذلك الإجراءات السلوكية الإيجابية المناسبة لعمره.

11- احرص على الانسجام في التعليمات والتوجيهات والإجراءات

المستعملة مع الطفل المتوحد

كمساعدة الطفل على التركيز والاستيعاب لكون كثرة وتعارض التوجيهات والإجراءات السلوكية والعلاجية تشعر الطفل بالحيرة والتناقض وضياء النفس.





12- التعامل مع الحجاج والأسئلة اللفظية المتكررة:

للطفل بالكتابة وتمثيل أو عكس الأدوار دون اللفظ أو الإقناع الشفوي؛ إن التكرار السلوكي هو أحد المؤشرات البارزة للتوحّد التي يعبر بها الطفل عن شعوره بعدم الأمان أو الحيدة أو فقدان السيطرة على نفسه وإن الرد على الطفل أو محاولة وقف سلوكه بالجدل والأسئلة وانحجج المقدمة لا تفيد كثيراً في تهئية الطفل ووقف تكراره السلوكي، أمّا لب من الطفل بالمقابل كتابة السؤال أو التوضيح الذي يريده ثم اكتب جوابك عليه خلال هذه العملية من الأخذ والرد المحسوسين ينشغل الطفل نفسياً وإدراكياً عن سلوكه المتكررة ويبدأ بالهدوء وعدم التكرار السلوكي؛ وعلى كل إذا لم تجدي هذه الطريقة أعمد إلى كتابة سؤال أو توضيحه بنفسك ثم اطلب منه كتابة الإجابة المفصلة على ذلك حيث يوفر هذا طريقة اجتماعية للتعبير عن نفسه وتحويل انتباهه عن القلق أو انبئاس النذين قد يشعر بهما و مرة أخرى فإذا لم ينفع الإجراء انحابي فقم بتبديل الأدوار أنت تكرر القول أو اللفظ أو السلوك أو السؤال والطفل يجيب أو يوضح ما تقوم به أو تسأل عنه.

13- تواصل مع الأسرة في التعامل مع الطفل التوحدي:

والغلب على اضطرابات السلوكية ولا تعتمد بالكامل على الطفل في إيصال ما تريد من أخبار وحوادث وتقنيات واحكام مدرسية تهم سلوكه وتعلم الطفل كونه مع اضطراب التوحّد يعيش صموبات ومشاكل في الاتصال والتذكر والتخاطب مع الآخرين وما لم يتمكن الطفل من مهارات التواصل





الإنساني وتطمئن تماماً من خلال الملاحظة الجادة وتجريب عدة مواقف معه للتحقق من قدرته على التذكر والتركيز والاتصال، فإنه تبقى مسئوليتك في التعويض عن عجز الطفل في التواصل مع الأسرة ومناصرة قيامه بالأنشطة المدرسية المطلوبة بواسطة الهاتف حيناً والاجتماعات السريية مع الأب أو الأم حيناً آخر.

14- تجنب التعميم في حالة الطفل من موقف إلى آخر:

فإذا كان الطفل يتربد في الكلام والتفاعل في الفصل مثلاً فإن ذلك لا يعني أبداً أنه كذلك في الساحة المدرسية أو في التعلم مع قرين أو آخر ضمن مجموعة لتتعلم كما لا تتوقع من الطفل التوحدي الموهوب في نفس الوقت في الطلاقة اللغوية أن يعرف كل شيء في الرياضيات أو يكون ماهراً في الكتابة أو في تذكر كل شيء بدءاً بتذكر واجباته وأدائه وحاجاته الشخصية وانتهاء بالتعلم والإجابة على الأسئلة التي توجهها أو الاختيارات التي تطلبها منه والخلاصة تعامل مع الطفل بحالته الفردية فحسباً أو عجزاً وخذه مما هو عليه إلى أخرى أفضل وأصح وأكثر جدوى

15- تجنب وضع الطفل في مواقف مفتوحة:

أو لا يرغبها أو لديه قدرات واضحة في الدوامل معها في كل هذه المواقف لا تحصل من الطفل على سلوك ونتيجة واضحين بالمقابل اختر للطفل مواقف منضبطة أو منظمة تتفق مع حالة التوحد لديه كذلك تكلفه بأنشطة وتعيينات يرغبها ويستطيعها وإذا كانت هناك مواضيع أو أنشطة غير مرغوبة من الطفل تكلفه بها على أساس قيامه عند الانتهاء منها بما يستطيع أو يرغب.





16- عين تلميذا أو فتيا أو أحد المساعدين لك:

فيما يعرف بمساعدي التعليم لمراقبة الطفل فيما يقوم به من أنشطة وتعينات ومعاونته في تطوير وتنفيذ الأنشطة وانتقيدت والجدول والخطط وقوائم العمل أو انواجبات السلوكية والتي توفر لطفل فرصاً للتحقق من تنفيذها المنظم واحدة بعد الأخرى، ويتقان سلوكياتها ومهارات الاستقلال والثقة بالنفس مستقبلاً.

17- حدد مذكرة واحدة للاستعمال:

من الطفل متعددة الأوراق وبسلك لوائي يسهل الاستعمال لتنفيذ واجباته المازلية والمدرسية وإذا كان الكراس أو المذكرة بالتوان ورقي مختلفة عندئذ يكون ذلك صائباً ومفيداً أكثر للطفل؛ إن تذكر الطفل بأشياء عديدة والكراسات والمذكرات والكتب ومواد القرطاسية هي ضعيف بوجه عام وبهذا تجزياً لأنه النسيان لديه فقد يفيد حصر تنوع الحاجيات المدرسية في عدد محدود منها.

18- اقترح لأسرة الطفل توفير مجموعتين من الكراسات:

والكتب والأدوات المدرسية واحدة للمدرسة وأخرى للمنزل للنسيان وعدم القدرة على التركيز والانتباه التي يتصف بها.



من دخل إلى الترميز الخاصة





المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- جابر عبد الحميد (1995): انذكاء ومقاريسه، القاهرة: دار النهضة العربية.
- فتحي جرران (1999): الموهبة والتفوق والإبداع، الإمارات العربية المتحدة، دار المكتاب الجامعي.
- منى صبحي الحديدي (1998): مقدمة في الإعاقة البصرية: عمان، دار الفكر.
- فاروق الروسان (1999): أساليب التشخيص والقياس في التربية الخاصة، عمان، دار الفكر.
- سليمان الريحاني (1991): التخلف العقلي، الأردن، انطبعة الأردنية.
- قحطان أحمد الطاهر (2005): مدخل إلى التربية الخاصة، عمان، دار وائل للنشر.
- يوسف القريوتي وآخرون (2001): المدخل إلى التربية الخاصة: الإمارات العربية المتحدة، دبي: دار العلم.
- راضى الوقى (2004): أساسيات التربية الخاصة، عمان، دار جهينة للنشر.
- عادل عبد الله محمد (2010): مقدمة في التربية الخاصة، القاهرة، دار الرشاد للنشر والتوزيع.
- إبراهيم سالم الصباحي (2009): مقدمة في تربية ذوي الإعاقات الحسية والأكاديمية وإرشادهم، المملكة العربية السعودية، مركز الترجمة والتأليف والنشر، جامعة الملك فيصل.
- عادل عز الدين الأشول (1987): موسوعة التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.



- فاروق انورسان (1998): قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، الأردن، عمان، دار الفكر.
- دانيال هالاهان، وجيمس كوهمان (2008). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة (ترجمه عادل عبد الله محمد)، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- سيلفيا ريم (2003): رعاية الموهوبين: إرشادات لتألياء والتعلمين (ترجمة عادل عبد الله محمد)، القاهرة، دار الرشاد.
- جمال الخطيب (1998): مائة في الإعاقة السمعية، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- عادل عبد الله محمد (2004): الأطفال الموهوبين ذوي الإعاقات، القاهرة: دار الرشاد.
- عبد انجيد عبد انرحيم (1997): تنمية الأطفال المعاقين، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد المطلب أمين القريطي (2001): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم (ط3)، القاهرة، دار الفكر العربي.





ثانياً المراجع الأجنبية:

- American Academy of otolaryngology. (2000). Ear anatomy. AAO-HNS, Inc.
- American Academy of Otolaryngology. (1999). Hearing IOSS. AAO HNS, Inc.
- Bermant, M. (1996). Ear: Anatomy, Physiology, and Otoplasty. Richmond, VA: Ironbridge Medical Park.
- Boone, S. & Scherich, D. (1995). Characteristics of ALDANS: The ALDA member survey. ALDA News, Fair Fax VA: Association of late-deafened Adults, 1st.
- Cline, S. & Schwartz, D. (1999). Diverse Population of gifted Children. NJ: Merrill.
- Daniels, S. (2003). Working with deaf children. London: The National Deaf Children's Society.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder, ed. DSM-IV. Washington, D.C.A.P.A.237-247.
- Culotta, L. & Tompkis, J (1999): Introduction to special Education, Merrill – Prentic, Hall.



- Turnbull, A. & et al., (1999). *Exceptional Lives; Special Education in Today's Schools*. Merrill Prentice Hall.
- Waldron, K.A. (1996) *Introduction to special Education*. Albany, NY: Delmar Publishers.
- Gustanson, G. (1997). *Educating children who are deaf or hard of hearing: English-based sign systems*. Los Alamitos, CA: The SEE (signing Exact English) Center for the Advancement of Deaf Children.
- Hain, T. (2002). *Hearing Testing*. Washington, MD, National Research Institute.
- Jacob, V., Hoffman, R., & Scherich, D. (1993). Can Rinne's test quantify hearing loss? *RNT Journal*, 1, 152-153.
- Kearney, K. (1996). Highly gifted children in full inclusion classrooms. *Highly Gifted Children*, 12(4), 42-51.
- Kopple, A. (2003). *Medical encyclopedia: Pathology*. CO: Columbia University Press.
- Marschark, M.(1997). *Psychological development of deaf children*. New York: Oxford University press, Inc.
- Prohaska, J. & Hoffman, R. (1996). Auditory startle response is diminished in rats after recovery from prenatal copper deficiency. *Journal of Nutrition*, 126(3), 618-627.





- Sheffield, V. & Glaser, B. (1997). Altered gene causes heredity deafness. Washington, MD: National Research Institute.
- Vialle, W. & Paterson, J. (1996). Constructing a culturally sensitive education for gifted deaf students. www.nexus.edu.au.
- Whitmore, J. & Maker, J. (1985). Intellectual giftedness in disabled persons. Rockville, MD: Aspen.







مدخل إلى التربية الخاصة

Bibliotheca Alexandrina



1241130

دار الجوهرة للنشر والتوزيع

جمهورية مصر العربية - القاهرة

3 عمارات العبور - شارع صلاح سالم - مدينة نصر

هاتف: 002022630431 - فاكس: 002022630432

